

DE
L'ÉPIDIDYMO-ORCHITE
TUBERCULEUSE AIGUË

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MOUSTAPHA CHEVKI

Né le 7 Avril 1873, à Constantinople

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BARRAL,
CONDAMIN.	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	MOREAU id
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Présid.*; M. AUGAGNEUR, *Assess.*; MM. GANGOLPHE et ROLLET (E.), *Agrég.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A SA MAJESTÉ IMPÉRIALE

LE SULTAN ABD-UL-HAMID II



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552608_0056

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

Faible témoignage d'affection et d'estime

A MA BELLE-SŒUR

Tous mes souhaits pour son bonheur

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de clinique chirurgicale

A M. LE PROFESSEUR TESTUT

Professeur d'anatomie

Commandeur de l'ordre de Médjidié

A M. LE PROFESSEUR CROLAS

Professeur de pharmacologie

Grand officier de l'ordre de Medjidié

A SON EXCELLENCE FAÏK PACHA

Professeur à la Faculté Impériale de Médecine de Constantinople.

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Lyon

A MES MAITRES

de la Faculté Impériale de Médecine de Constantinople

INTRODUCTION

Il nous a été donné, pendant notre stage dans la clinique de notre maître M. le professeur Poncet, d'observer un malade atteint d'une affection aiguë suppurée du testicule. Le diagnostic porté par notre maître était : de l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë. La castration s'imposait. Elle fut faite et le malade quittait le service au bout de quinze jours.

Sous l'inspiration de notre éminent maître, nous avons voulu entreprendre l'étude des particularités que présentait cette affection dans sa marche et dans son évolution presque fatale vers la suppuration. Dans ce modeste travail, notre intention est bien loin d'apporter une notion nouvelle à la connaissance de cette lésion dont Duplay et Reclus ont donné sous les noms de « tuberculisation ga-

lopante du testicule » et d' « orchite tuberculeuse » un tableau symptomatique des plus frappants et des plus complets auquel nous ne saurions rien ajouter. Mais, tout en reconnaissant cette marche caractéristique, certains auteurs n'ont-ils pas voulu considérer l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë comme un épiphénomène, un épisode survenant dans le cours d'une tuberculose chronique ? Aussi avons-nous seulement l'intention de démontrer le peu de corrélation qui existe entre les deux modalités cliniques d'une même affection et leur évolution indépendante dans la majorité des cas. En nous basant sur l'étude clinique et les nombreuses observations publiées jusqu'à présent, nous essayerons de faire voir que l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë qui ne diffère de la forme chronique que par la rapidité de succession de ses symptômes, mais non par la diversité de ses manifestations, peut et doit constituer un mode de développement particulier du tubercule dans le testicule. Nous nous proposons d'étudier sa fréquence suivant les âges, ses rapports avec la tuberculose pulmonaire et surtout l'indication d'une intervention opératoire qui la vise, c'est-à-dire, la castration hâtive.

Mais avant de pénétrer dans cette étude, nous nous empressons, avec un plaisir très vif, d'exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur Poncet pour son enseignement clinique savant et pratique que nous avons pu apprécier pendant deux années de stage dans

son service et surtout pour l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui, en acceptant la présidence de notre thèse. C'est à lui que nous devons l'idée première de ce modeste travail qu'il nous serait impossible de mener à bon terme sans le concours éclairé et bienveillant de ce maître éminent. Nous l'assurons publiquement de notre gratitude.

Attiré par la haute réputation scientifique universellement connue de cette grande école lyonnaise, nous avons puisé, pendant quatre ans dans les nombreuses ressources qu'elle possède et grâce à la bienveillance et à l'amabilité des maîtres qui l'honorent, le peu de connaissances médicales que nous emportons avec nous pour les propager dans les pays lointains. Et notre plaisir est immense quand nous songeons au bonheur que nous aurons de profiter, peut-être encore un an, du riche enseignement de nos maîtres, avant de quitter et d'adresser notre dernier adieu, peut-être pour jamais, à cette bonne ville de Lyon si hospitalière, où nous n'avons rencontré que des maîtres et des amis.

Que M. le professeur Testut nous permette de le remercier du vif intérêt qu'il n'a cessé de témoigner à notre égard. Dans le laboratoire où nous avons eu l'honneur d'être reçu, c'est sous son aide autorisé et bienveillant que nous avons pu franchir les premières difficultés. Il nous a inspiré l'amour de l'analyse du corps humain, cette page merveilleuse de la nature, où tout médecin doit ap-

DE

L'ÉPIDIDYMO-ORCHITE

TUBERCULEUSE AIGÜE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Les différentes formes cliniques de la tuberculose du testicule ne sont connues que depuis ces dernières années. Pendant toute la première moitié de ce siècle, et depuis qu'elle fut dégagée par Bayle, Laennec et Louis du cadre générique de « sarcocèle » dans lequel elle était comprise avec toutes les tumeurs du testicule, la tuberculose testiculaire ne fut guère étudiée qu'au point de vue de sa nature et de son étiologie, sur lesquelles toute l'attention semblait se porter de préférence. J. Wilson¹ (cité par Dufour²) se serait occupé, dès 1821, de la marche et des symptômes du *scrofulus testis*. Jusqu'à cette époque, et même plus

¹ J. Wilson, *Lec. on the structure and physiology of the male urinary and genital organs*, 1821.

² Dufour, *Etude sur la tuberculose des org. génito-urinaires*, th., 1850.

tard, l'engorgement chronique est seul connu. C'est ainsi que Roux ¹, dans son article, ne donne que la description de la forme chronique, de même que Bérard ² n'établit aucune distinction clinique. Le début aigu dans certains cas, est signalé pourtant, par Bégin ³ qui a eu en même temps le mérite d'insister sur le rôle prédisposant de la constitution scrofuleuse et sur le rôle occasionnel du traumatisme dans le développement de la tuberculose du testicule. Anselle, ayant observé de son côté les phénomènes inflammatoires concomitants de l'affection tuberculeuse du testicule, décrit la phtisie testiculaire à marche rapide. C'est dans ce même ordre d'idées, que Velpeau ⁴ considère l'état douloureux et inflammatoire comme une des trois périodes d'évolution de cette même affection. Mais Velpeau ne reconnaît pas des cas à début essentiellement aigu et spontané; d'ailleurs par la lecture de quelques lignes où il cherche à établir le diagnostic différentiel du tubercule du testicule, avec les tumeurs malignes de cet organe, on est vite convaincu combien, à cette époque, les diverses formes cliniques de cette affection étaient peu soupçonnées.

Cette description vague de Velpeau resta longtemps classique, si bien que les auteurs qui l'ont suivi comme

¹ Roux, Art. SARCOGÈLE ET TESTICULE, in *Dict. de médecine*, 1826.

² Bérard, *Divers engorgements du testicule*, th. agrégation, Paris, 1834.

³ Bégin, Art. TESTICULE ET SARCOGÈLE, in *Dict. de méd. et de chir.*, 1834-7.

⁴ Velpeau, *Dict. en XXX volumes*.

Curling¹, Vidal de Cassis², Billiet et Bacthez³, et enfin Lebert⁴, ne rapportèrent aucun fait nouveau à la connaissance clinique du testicule tuberculeux. En 1851, parut la thèse de Fossard⁵. C'est un travail sans doute de grande valeur qui marque une date importante dans l'histoire de la tuberculose du testicule. Il y a très bien insisté sur les formes inflammatoires douloureuses de cette lésion qui seraient provoquées par des traumatismes. C'est Fossard qui, inspiré par M. Larrey, a créé la dénomination de *l'orchite tuberculeuse* qui devait être plus tard acceptée et vulgarisée par Reclus.

Dans le chapitre de l'affection tuberculeuse du testicule, Curling⁶ est inspiré par les idées de Velpeau. Enfin, Gosselin⁷ reconnaît une marche rapide à la tuberculose du testicule chez les adolescents; après plusieurs poussées inflammatoires, les abcès se forment rapidement. L'affection est plutôt lente et chronique chez les adultes.

Méconnue et ignorée par Velpeau et Roux, légèrement esquissée et entrevue par d'autres, la forme aiguë de la tuberculose du testicule doit sa véritable description à

¹ Curling, *A practical treater*, première édition.

² Vidal de Cassis, *Traité général de chirurgie*, deuxième édition.

³ Billiet et Bacthez, *Traité des malad. des enfants*, 1843.

⁴ Lebert, *Traité général des aff. scroful. et tuberculeuses*, 1849.

⁵ Fossard, *De l'orchite tuberculeuse*, th., Paris, 1831.

⁶ Curling, *Traitement des maladies des testicules*, traduction de 1857.

⁷ Gosselin, *Arch. de médecine*, 1847-37, et *Clin. de la Charité*, 1873.

Duplay¹. C'est en effet, en 1860, plus d'un demi-siècle après sa création, que Duplay en a décrit sous le nom de « tuberculisation galopante du testicule » une des formes cliniques des plus intéressantes. Sa description, basée sur deux observations que nous rapportons en résumé, est des plus complètes. Le début brusque, instantané et sans cause appréciable, la marche rapide, la formation de l'abcès qui s'ouvre en moins de trois semaines, en somme, tout le tableau symptomatique de ce que Reclus appelle aujourd'hui l'« orchite tuberculeuse » et que nous nous proposons de désigner plutôt sous le nom de l'« hépididymo-orchite tuberculeuse aiguë », est retracé avec une netteté et une précision remarquables. Duplay insiste avec juste raison sur les difficultés que présente parfois le diagnostic. C'est sans doute là le premier travail important qui délimite d'un seul coup les traits essentiels de la tuberculose testiculaire aiguë.

A la même date, parut le livre de Després. Ce dernier distingue à la tuberculose du testicule deux variétés d'après la marche et l'évolution. L'une lente, c'est la forme torpide et banale, l'autre aiguë et rapide succède aux épididymites et dans laquelle la suppuration survient en très peu de temps. Malgré cette distinction fondamentale, ce livre manque de netteté, de cette précision qui fait juste honneur au travail de Duplay.

En même temps que la lumière se faisait sur les différentes modalités cliniques de cette affection, des notions de

¹ Duplay, *Union médicale*, 1860.

² Després, *Essai sur le diagnostic des tumeurs des testicules*, Paris, 1860.

plus en plus précises sur ces lésions anatomo-pathologiques se dégageaient à l'issue des grandes discussions et des travaux importants. Nous ne pouvons pas nous étendre longuement sur les fluctuations d'idée touchant à la nature intime de la tuberculose, fluctuations qui, plus tard, devaient aboutir à une conviction ferme et solide. Qu'il nous suffise seulement de dire qu'après avoir été à moment donné combattue et ébranlée par les prétentions de l'école dualiste, représentée par Virchow¹, Reindfleisch², Richet, Ricord³ et Mougin⁴, la théorie de l'unité d'origine, fondée par Louis, Laennec et soutenue par Velpeau, Dufour, Hayem, Nepveu et Cruveilhier, a triomphé définitivement après les travaux mémorables de Villemain, Thaon, Grancher et Malassez⁵. Ainsi donc, malgré les efforts réitérés de l'école allemande qui voyait dans l'infiltration tuberculeuse de l'épididyme une affection de nature spéciale, on est d'accord aujourd'hui (nous verrons que les travaux ultérieurs ont pour beaucoup contribué au maintien de cette opinion) pour ne considérer la tuberculose du testicule que comme une manifestation locale de la grande diathèse tuberculeuse.

On comprend bien le doute qui a régné pendant très

¹ Virchow, *Path. des tumeurs*, trad. de Arnassohn, Paris, 1871.

² Rindfleisch, *Traité d'histologie pathologique*, trad. de Gron, Paris, 1873.

³ Ricord, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVII. 1852.

⁴ Mougin, *De l'épididymite caséuse*, th. Paris, 1873.

⁵ Malassez, Note sur le siège et la struc. des granul. tub. des testicules (*Arch. de physiologie norm. et path.*, 1876).

longtemps dans l'esprit, si l'on tient compte de la marche spéciale de l'affection qui reste souvent localisée au testicule sans retentir sur le reste de l'économie, et surtout si l'on envisage les différences d'opinion suivant laquelle les anatomo-pathologistes interprétaient les lésions histologiques.

Après Duplay et jusqu'à la thèse inaugurale de Reclus¹, la tuberculose aiguë du testicule semble avoir été quelque peu délaissée. Le mémoire de Duplay est même resté inconnu pour beaucoup d'auteurs. Pendant cette période remarquablement stérile de seize ans, aucun travail particulier ne fut publié sur ce sujet. Il faut, en effet, arriver à la thèse magistrale de Reclus, dans laquelle la tuberculose est traitée de la façon la plus parfaite et la plus détaillée.

La thèse de Reclus, qui réunit les connaissances antérieures jointes aux considérations personnelles, a fait époque dans la science. C'est un travail des plus consciencieux qui relève d'un véritable talent d'observation. Nous n'insisterons pas autrement sur l'importance de ce travail auquel nous empruntons certains passages qui ont trait à notre sujet. Reclus a très bien décrit la tuberculose testiculaire deux formes cliniques souvent indépendantes l'une de l'autre. Il consacre, le premier, un chapitre spécial à la description de la forme aiguë dont il étudie la fréquence, les caractères cliniques bien définis et la marche caractéristique dont la suppuration est le terme final. Parmi les nombreuses observations personnelles, celles

¹ Reclus, *Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse*, th., Paris, 1876.

déjà publiées par Duplay, y figurent comme preuve la plus éclatante de l'opinion qu'il soutient avec juste raison et beaucoup d'autorité. L'anatomie pathologique est étudiée avec beaucoup de détails. En se basant sur le travail de Malassez, Reclus a établi d'un seul trait les doctrines actuelles touchant la nature et l'anatomie pathologique du testicule tuberculeux, ses relations avec la tuberculose pulmonaire. Il s'attache à la démonstration de ce fait qui avait détourné l'esprit des anciens, à savoir que la tuberculose testiculaire constitue parfois une manifestation locale, démontrant pour cela ce que la loi de Louis avait de trop absolu, et tout en étant, il fait ressortir la bénignité relative et l'indication opératoire. Nous empruntons plus d'une fois à son travail magistral si parfait et si complet auquel manque malheureusement un élément essentiel: le bacille de Koch. La découverte mémorable de Koch, en remplissant cette lacune, a enfin groupé sous le même faisceau les opinions jusqu'alors divergentes sur la nature réellement infectieuse de la tuberculose testiculaire.

Ainsi mise au monde à l'état d'un germe à une époque où la notion de la spécificité était chose ignorée, la tuberculose du testicule, après une période fructueuse en découvertes, a enfin acquis cette précision merveilleuse qui en fait un chapitre important de la pathologie chirurgicale. Pourtant tout n'a pas été dit sur cette affection dont le côté pathogénique était un peu abandonné. C'est alors que survinrent Conheim, Verneuil¹, Ch. Fernet², Lance-

¹ Verneuil, *Traité prat.*, 1879 (*Gaz. méd.*, 1883).

² Fernet, *Bulletin et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, Paris, 1884.

reaux ¹, Cayla², enfin Simonds ³, Steinthal ⁴, Reclus ⁵, Deville ⁶ et Jacquet ⁷, pour élucider ce côté de la question qui présente un très grand intérêt. Il s'ensuit des théories dont les unes ne sont basées que sur des points de vue personnels, d'autres sur des faits cliniques et expérimentaux. L'opinion n'est donc pas fixée sur cette question et nous verrons du reste plus loin, en exposant les différentes hypothèses, les raisons de cette hésitation dominante.

Depuis Reclus, un grand nombre de travaux et d'observations furent publiés soit sur l'orchite tuberculeuse soit, plus généralement, sur la tuberculose testiculaire. Nous nous contenterons d'en citer les principaux : la thèse de Hugonnet ⁸, les articles et les observations de Gibier ⁹, de Monod ¹⁰ et de Faure ¹¹, les leçons cliniques de Péan ¹², enfin les très intéressants mémoires de Taylor ¹³, de Jullien ¹⁴, de Hutinel ¹⁵ et Deschamps.

¹ Lancereaux, *Ann. des malad. des organes génito-urinaires*, 1882-83.

² Caylor, *Tuberculisation des organes génito-urinaires*, th. Paris, 1887.

³ Simonds, Réunion des médecins de Hambourg.

⁴ Steinthal, *Arch. für Path. and Physiologie*, 1886.

⁵ Reclus, *Leçons cliniques*, 1888.

⁶⁻⁷ Deville et Jacquet, th. Paris, 1887-1888.

⁸ Hugonnet, *Du sarcoçèle tuberculeux*, th., Paris, 1877.

⁹ Gibier, Orchite tuberculeuse, *Progrès médical*, Paris, 1888.

¹⁰ Monod, *Progrès médical*, Paris, 1887.

¹¹ Faure, *Bullet. de la Soc. anat.* Paris, 1888.

¹² Péan, *Leçons cliniques de Saint-Louis*.

¹³ Taylor, *Amer. Journ. of med. sciences*, 1888.

¹⁴ Jullien, *Arch. gén. de médecine*, Paris, 1890.

¹⁵ Hutinel et Deschamps, *Arch. gén. de médecine*, 1891.

sant l'investigation clinique plus loin et en se basant uniquement sur le caractère physique de la lésion, Chéreau¹ a distingué dans la tuberculose du testicule une variété clinique qu'il désigne sous le nom de « tuberculose testiculaire diffuse » dans laquelle « le testicule et l'épididyme sont confondus en une masse unique ». Il lui décrit ensuite une forme chronique et une forme aiguë. Il est facile de constater que cette dernière emprunte son mode du début et son évolution clinique entièrement à l'orchite tuberculeuse dont il ne diffère que par l'étendue des lésions. La thèse de Rozier² est le complément du travail de Chéreau qui n'avait fait qu'ébaucher la question. Rozier discute en même temps les indications de l'intervention radicale qui est dans le cas qui nous occupe la castration hâtive. Les dernières observations de Terrillon³ et de Barling⁴, que nous rapportons en résumé, contribuent à préciser encore davantage nos connaissances actuelles.

Pendant que de ces dernières publications se dégagait l'individualité clinique incontestable de l'orchite tuberculeuse, d'autres travaux non moins intéressants en délimitaient le traitement qui lui convient. La thèse de Bernay⁵ est l'écho de la pratique des chirurgiens lyonnais, particulièrement de D. Mollière qui était nettement partisan

¹ Chéreau, *De la tuberculose testiculaire diffuse*, th. Paris, 1889.

² Rozier, th. de Bordeaux, 1890.

³ Terrillon, Soc. de chirurgie, 1891.

⁴ Barling, *British med. journ.*, Lond., 1892.

⁵ Bernay, th. de Lyon, 1880.

de la castration hâtive. Terrillon¹, Bastide², Gombaud³, ont ensuite étudié et conseillé la castration, cette opération radicale que Bouisson, Boursier⁴ et Auboin⁵, ont essayé de combattre et que Verneuil⁶ continue toujours à proscrire.

Nous arrivons ainsi à deux traités récents, par lesquels nous devons terminer cette courte nomenclature.

Les auteurs du *Traité de maladies du testicule*⁷ ne considèrent pas l'orchite tuberculeuse, comme constituant une modalité clinique bien distincte. Pour eux, il s'agit d'une tuberculose chronique au début qui, à un moment donné et sous l'influence d'une cause traumatique ou autre passée inaperçue, prend tout d'un coup une allure inflammatoire aiguë pour arriver rapidement à la suppuration. Ils déclarent, à l'appui de cette hypothèse, avoir constaté des nodosités anciennes, antérieures par conséquent à l'orchite tuberculeuse, et parfois une lésion concomitante du côté opposé et enfin, des écoulements urétraux qui précèdent l'apparition des phénomènes aigus, et qui seraient l'indice d'une lésion préexistante. Ils ne considèrent donc l'orchite tuberculeuse que comme

¹ Terrillon, *Bulletin de thérapeutique*, 1882.

² Bastide, *Castration dans la tuberculose testiculaire*, th. Paris, 1889.

³ Gombaud, th. de Bordeaux, 1890.

⁴ Boursier, *De l'hydrocèle symptomatique*, th. Paris, 1881.

⁵ Auboin, th. de Paris, 1883.

⁶ Verneuil, *Gaz. hebdom.*, 1883; *Semaine méd.*, 1883; *Journ. de méd. et de chir. pratique*, 1885.

⁷ Monod et Terrillon, *Tr. des malad. du testicule et ses annexes*, Paris.

« une phase passagère qui ne doit pas constituer une forme spéciale de l'envahissement de l'épididyme par le tubercule ». Cette conception est loin de s'accorder avec nos constatations cliniques journalières. Nous essayerons de démontrer, dans le cours de ce travail, que l'orchite tuberculeuse est d'emblée aiguë, qu'elle se déclare spontanément chez un individu dont le testicule ne présentait rien d'anormal jusqu'alors, et qu'elle présente une évolution clinique bien caractéristique indépendante bien souvent de toute circonstance occasionnelle. « L'orchite tuberculeuse, écrivait Reclus, malgré des rares cas où elle a succédé à une tuberculose jusqu'alors torpide, constitue dans la majorité des cas un mode de développement particulier de tubercule, et qu'il ne s'agit pas là d'un incident inflammatoire aigu survenu, sous l'influence d'une cause extérieure, dans le cours d'une tuberculose chronique, restée jusqu'alors inaperçue ».

Cette opinion, émise en 1876, est dernièrement confirmée dans le nouveau traité de chirurgie où Reclus donne en quelque sorte le résumé de la thèse, en y joignant les considérations nouvelles issues des travaux les plus récents. Sa conception reste et restera encore longtemps classique.

Dans ce travail, nous substituons, avec notre maître M. le professeur Poncet, à l'orchite tuberculeuse de Reclus, la dénomination plus précise d'*épididymo-orchite tuberculeuse aiguë*. C'est le titre que nous avons préféré donner à notre thèse. Il rend mieux compte de la nature et de la forme clinique de l'affection, en même temps que de l'étendue des lésions qui intéressent très souvent l'épididyme et le testicule.

CHAPITRE II

Etiologie et pathogénie.

I. ETIOLOGIE

1° *Age.* — L'*épididymo-orchite tuberculeuse aiguë*, comme le tubercule du testicule, est une manifestation locale fréquente de la tuberculose. On l'observe à tous les âges, particulièrement, avec plus de fréquence, entre vingt à trente-cinq ans (Reclus), à cette époque de la vie où la grande séminale possède toute son activité fonctionnelle et après que les premiers actes de la fonction reproductive aient été accomplis (Cavarry). Dans l'enfance, elle est loin d'être exceptionnelle, et Jullien, sur dix-sept cas de tuberculose du testicule, en a observé quatre fois la forme aiguë. Les travaux de Launois et de Hutinel et Deschamps ont du reste établi sa fréquence chez les enfants. Chez les adultes, sur vingt-cinq cas de tuberculose des organes génito-urinaires, Reclus l'a notée sept

fois. Hugonnet arrive à une proportion moindre. Jusqu'à présent, sauf le cas de Jullien où d'ailleurs la possibilité d'une infection intra-utérine est fort discutable, on n'a pas signalé l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë d'origine congénitale.

Chez les vieillards, elle est rare ; il semble même que chez eux le tubercule chronique l'emporte de fréquence.

Les observations que nous rapportons, et qui sont au nombre de quarante, se répartissent d'après l'âge de la façon suivante :

De 3 mois à 20 ans, nous avons trouvé 18 cas.

20	—	33	—	—	18	—
45	—	70	—	—	8	—

Quatre fois, l'âge n'a pas été indiqué.

Ou bien encore :

De 3 mois à 10 ans, nous avons trouvé 3 cas.

10	—	20	—	—	5	—
20	—	30	—	—	10	—
30	—	35	—	—	8	—
35	—	45	—	—	3	—
45	—	60	—	—	3	—
60	—	70	—	—	2	—

On voit par le tableau qui précède que cette affection est surtout fréquente entre vingt à trente-cinq ans, moins chez les enfants et presque exceptionnelle chez les vieillards à partir de soixante ans. Soixante-dix ans paraît être la dernière limite (Bernay), observation XVII.

2° *Siège.* — Les auteurs considèrent l'affection plus fréquente à droite qu'à gauche. Nous avons trouvé :

Côté gauche	15 fois.
— droit	18 —
Les deux côtés	4 —

Dans les trois autres observations, il nous a été impossible de déterminer le siège de la lésion. L'affection siège donc indifféremment des deux côtés et dans une proportion presque égale et malgré que le veulent certains auteurs, il n'existe pas une prédilection marquée pour un côté plutôt que l'autre. Cette simple constatation nous autorise à réduire l'importance des causes occasionnelles dans l'apparition de l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë, entre autres, de la cause traumatique qui fait souvent défaut.

Relativement à l'âge, nous trouvons :

De 3 mois à 20 ans.

3 mois	les deux côtés.
3 ans.	G
5 — 1/2	—
5 — 1/2	D
6 —	G
10 — 1/2	—
12 — 1/2	—
13 —	les deux côtés.
17 —	G
18 —	D

<i>De 20 à 35 ans.</i>				<i>De 35 à 70 ans.</i>	
20 ans	D	28 ans	G	39 ans	G
21 —	G	39 —	D	40 —	—
23 —	—	31 —	les deux côtés	42 —	D
23 —	D	32 —	D	47 —	—
24 —	—	35 —	—	49 —	les deux côtés
25 —	—	35 —	—	59 —	D
25 —	G	35 —	—	66 —	G
27 —	D	35 —	G	70 —	?
28 —	—	35 —	—		

L'examen de ce tableau nous révèle certaines particularités intéressantes; et tout d'abord, nous sommes frappé de la prédominance de la lésion à gauche, quand on l'envisage chez les enfants. Sur dix cas, huit fois la glande gauche est atteinte, dont deux en même temps que la droite. Cette prédilection pour le côté gauche ne commencerait qu'après deux ans, c'est-à-dire, à partir de l'époque où l'enfant commence à marcher. A ce sujet, Jullien fait jouer un certain rôle à la déclivité. Par contre, chez les adultes, c'est la glande droite qui paye le plus large tribut à l'infection bacillaire, puisque sur dix-sept cas, le côté gauche n'est pris que six fois seulement. Nous ne considérons ici, bien entendu, que le côté primitivement atteint. Enfin chez les vieillards, aucune prédilection n'existe.

Nous ne pouvons tirer aucune conclusion ferme de ces constatations. Il y a là peut-être un simple fait de coïncidence, ou encore comme le veulent certains auteurs, une cause occasionnelle plus ou moins méconnue, qui prédispose un côté bien plus que l'autre à l'envahissement tuberculeux.

3° *Causes occasionnelles.* — Les prédispositions, les misères, les fatigues ou d'autres circonstances débilitantes peuvent prédisposer l'économie ou un organe isolément à l'envahissement du germe infectieux qui est le bacille de Koch. On a attribué une importance exagérée à l'influence du traumatisme sur le développement des tuberculoses locales. Sans doute, les expériences de Max Schultz sont irréfutables. Un traumatisme d'une certaine violence, portant sur les testicules, peut déterminer chez un tuberculeux une épидидymo-orchite tuberculeuse au lieu d'une orchite franche qui se déclarerait chez un autre individu en bonne santé. Nous croyons pourtant, contrairement à l'opinion de Holms, Castier, Deprés, Fossard, Verneuil, que le rôle du traumatisme dans l'étiologie de cette affection, qu'elle soit primitive ou secondaire, doit être relégué au second plan; et malgré que le testicule soit exposé par sa disposition anatomique aux actions des agents vulnérants, cette cause fait souvent défaut. Le traumatisme, comme le disent Reclus, Monod et Terrillon, habituellement de peu d'intensité pour provoquer une lésion de toute pièce, ne fait que hâter la marche de l'affection qui, jusqu'alors, était restée inaperçue. Sept fois, dans nos observations, cette cause semble avoir joué un certain rôle. Il s'agit généralement d'un choc plus ou moins violent, d'un coup, d'une contusion ou même d'un simple effort.

Comme le traumatisme, les masturbations (Védrine), les excitations génésiques répétées, la blennorrhagie (Montaz, Karewski), la spermatorrhée, la rétention d'urine, en un mot, toutes causes d'excitation ou d'affaiblissement qui influent sur la circulation et la nutrition du testicule, ne

sont pas assez puissantes pour créer une lésion et quoiqu'elles puissent rendre le testicule apte à subir la tuberculose, leur rôle se borne tout au plus à y fixer les germes qui existaient déjà dans l'économie (Hutinel, Deschamps). Si la tuberculose du testicule est précédée parfois de gonorrhée, ce n'est qu'une pure coïncidence, car on n'expliquerait pas comment elle peut déterminer la tuberculose (Lewin). Dans l'observation X, la blennorrhagie peut être incriminée jusqu'à un certain point. On peut donc dire que cette affection se déclare, la plupart du temps, spontanément et ce qui la caractérise essentiellement, c'est bien cette évolution en dehors d'une cause quelconque appréciable.

L'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë peut être primitive, constituant la seule manifestation locale de la tuberculose ; d'autres fois, elle se complique de tuberculose pulmonaire. En réunissant les deux statistiques de Reclus, on trouve :

Tuberculose génitale et pulmonaire	. 43 cas.
— — — seule	 19 —

ce qui nous donne 70,31 pour 100 de tuberculose pulmonaire concomitante relevée à l'autopsie. La proportion n'est que de 1/3 dans les cas non suivis d'examen nécrobiotique. Villard¹ arrive à un chiffre inférieur, c'est-à-dire à 50 pour 100. Nous sommes arrivé, après la lecture de trente-quatre observations, dans lesquelles seulement on mentionne l'état pulmonaire, à trouver :

Epididymo-orchite tuberculeuse et	
tuberculose pulmonaire	 17 fois.

¹ Villard, th. de Lyon, 1893.

Epididymo-orchite tuberculeuse aiguë

seule 17 fois

Six fois la tuberculose était certaine, suspecte ou au début dans les onze autres cas. Nous obtenons de notre côté la proportion de 50 pour 100. Ce chiffre serait sans doute plus élevé si l'on avait pu faire des constatations directes à l'autopsie ; car, malgré les investigations cliniques les plus fines et les plus délicates, les lésions pulmonaires, tout au moins au début, peuvent quelquefois passer inaperçues. Nous ferons remarquer toutefois que dans notre statistique sont comprises les observations de Hutinel et Deschamps, et l'on sait combien chez les enfants la tuberculose testiculaire est fréquente à la suite d'une tuberculose chronique ou sub-aiguë, même à la suite d'une granulie aiguë, quoique la chose ne soit pas aussi fréquente.

Cette statistique contribue à confirmer l'opinion de Reclus, qui considère que la tuberculose du testicule, qu'elle soit aiguë ou chronique, tout en étant en relation fréquente avec la tuberculose pulmonaire peut constituer, dans bien des cas, la manifestation locale première de l'infection tuberculeuse. Elle peut ainsi se cantonner au testicule sans aboutir fatalement à une généralisation, comme le voulait Dufour.

Quand elle est secondaire, elle se complique, à part la tuberculose pulmonaire, de la carie lombaire (Benett⁴), des lésions tuberculeuses du péritoine et de l'intestin (Mollière, Augagneur), enfin très rarement de la granulie aiguë.

⁴ Benett, *Lancet*, Lond., 1888.

II. PATHOGÉNIE

Que l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë soit primitive ou qu'elle soit secondaire, elle est due à la présence du bacille de Koch dans le tissu de la glande séminale. Quelle est la marche suivie par ce dernier pour aller se localiser en cet endroit? Cette question fort controversée n'est pas encore complètement élucidée ; nous allons exposer brièvement les principales théories qui partagent l'opinion en faisant voir l'importance qu'on doit leur attacher.

1^o *Théorie de l'infection par la voie génitale.* — Cette théorie, la plus ancienne en date, soutenue par Conheim, Verneuil, son élève Verchère, Ch. Fernet, Lancereaux, Vallin, etc., est basée sur la localisation de la tuberculose aux organes sexuels.

D'après cette théorie, les rapports sexuels avec une femme atteinte de tuberculose utéro-vaginale, en permettant au bacille qui se trouve dans ses sécrétions de pénétrer par progression à travers le canal de l'urètre jusqu'au point de l'appareil génital où il trouverait des causes locales favorables à son développement, seraient la cause presque unique de la tuberculose testiculaire. Les altérations fréquentes des vésicules séminales, de la prostate et du canal déférent, prêteraient un point d'appui solide à cette hypothèse de tuberculisation ascendante dans laquelle le bacille remonte le cours du sperme (Steinhel, Cayla). Dans les sécrétions vaginales de la femme, on a découvert, il est vrai, le bacille de Koch pro-

venant d'un foyer de métrite, salpingite, ovarite, pelvi-péritonite, ou encore des ulcérations tuberculeuses du col utérin, du vagin et de la vulve (Brouardel). Mais Reclus qui s'est occupé de la question, affirme, en se basant peut-être uniquement sur les renseignements fournis par le malade, que la femme est très souvent saine, absolument intègre de toute lésion tuberculeuse de l'utérus et du vagin.

D'ailleurs, chez les adultes, chez qui seuls cette hypothèse peut être soutenue, les lésions tuberculeuses du gland, de la rainure bolano-préputiale, de la fosse naviculaire, étant extrêmement rares, on ne comprend pas comment le bacille a pu s'introduire jusque dans l'épididyme sans laisser de trace de son passage sur les différents points de l'appareil génital. Même s'il en est ainsi, n'est-il pas étonnant de voir ce petit élément accomplir son long pèlerinage sans qu'il ait eu le temps d'être balayé par le flot d'urine qui fait irruption dans le canal plusieurs fois par jour ? A plus forte raison, en vertu de quel mouvement prodigieux, de quelle force, le bacille atteindrait les endroits aussi profondément placés (Reclus) ? Gombaud se range à l'avis de l'infection génitale, et sans pénétrer dans l'explication du phénomène, il écrit : « Du moment que la diathèse syphilitique s'acquiert par le coït, est-ce qu'il ne pourrait pas en être quelquefois ainsi, de même pour la tuberculose qui a, avec elle, quelques points de ressemblance ? »

Cette opinion est encore moins admissible si l'on considère la tuberculose testiculaire chez les enfants et les vieillards, où il ne saurait guère être question de rapports sexuels. Chez les enfants surtout, les canalicules séminifères, non encore individualisés, ne peuvent servir de voie

de pénétration à une infection quelconque (Hutinel-Deschamps). Ainsi, par le fait de l'intégrité des points qui se trouvent en contact plus direct avec les organes féminins supposés malades, par le fait de l'intégrité de ces derniers dans la majorité des cas, enfin, à cause de l'impossibilité dans laquelle se trouve le bacille de parvenir jusqu'à l'épididyme, nous nous croyons autorisé à rejeter, avec Reclus, l'hypothèse d'une infection génitale. Il arrive parfois, en clinique, d'assister au début de l'affection par l'épididyme d'où elle se propage de proche en proche au canal déférent, à la prostate et aux vésicules séminales (Karewski).

2° Théorie de l'infection descendante ayant son point de départ dans le rein. — Défendue par Cayla, cette théorie fut vivement combattue par Tuffier, Féré-Jamin, Cornil, Bardenheuer. Le bacille qui atteint le rein par le bouquet vasculaire du glomérule (Durand-Fardel) peut suivre le cours d'urine jusqu'à la vessie pour remonter ensuite celui du sperme jusqu'à l'épididyme (Cayla). Mais les constatations cliniques ne nous autorisent pas à admettre cette origine, d'autant plus que, dans aucune des observations nombreuses que nous citons, on n'a constaté la moindre lésion du rein ou de la vessie. Les signes précurseurs, indice d'une tuberculose généralisée de l'appareil génito-urinaire, font défaut presque dans tous les cas et nous ne savons pas quelle coïncidence il pourrait y avoir entre cette dernière, et l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë qui, bien plus, semble constituer une affection exclusivement localisée à l'appareil génital (Bardenheuer ¹).

¹ Dans un cas seulement, l'observation XXIII, on note que le

Cette infection descendante peut toutefois être invoquée lorsqu'il s'agit de ces tuberculoses génito-urinaires qui mettent des années à évoluer, et dans lesquelles les lésions du testicule et de l'épididyme sont très nettement précédées par des altérations plus avancées du rein, de la vessie et des vésicules séminales.

Chez les enfants, le canal vagino-péritonéal persistant, peut servir de voie de pénétration au bacille qui, provenant des foyers tuberculeux du péritoine et de l'intestin, vient inoculer la séreuse et de là le testicule et l'épididyme. Dans les observations XXXIV, XXXV, XXXVI, cette coïncidence est bien nette. Hutinel et Deschamps auxquels nous empruntons ces trois observations, insistent avec juste raison, après Mollière et Augagneur, sur le rôle des tuberculoses péritonéales et intestinales dans le développement de la tuberculose testiculaire chez les enfants et les jeunes gens.

La théorie la plus vraisemblable et qui donne l'explication de la voie habituellement suivie par le bacille, c'est la *théorie d'auto-inoculation* émise par Reclus, à laquelle nous nous rattachons entièrement.

L'opinion est faite sur le rôle de l'hérédité et de la contagion dans la tuberculose. L'hérédité directe, dans le sens absolu du mot, c'est-à-dire la transmission du bacille de la mère au fœtus par l'intermédiaire de la circulation placentaire, est presque exceptionnelle. Chez le petit

col de la vessie est douloureux en même temps qu'il existe des troubles urinaires ; et dans l'observation XXIV, on signale du ténesme, des douleurs à la miction (pas de blennorragie) ; pourtant les urines ne contenaient pas du pus.

malade de l'observation XXXI, où l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë double a débuté au premier mois, en même temps que d'autres manifestations de même nature, on peut invoquer, jusqu'à un certain point, l'hypothèse d'une injection bacillaire congénitale. L'observation ne nous renseigne pas exactement sur les antécédents héréditaires, ou tout au moins sur l'état de la mère. Nous croyons, avec beaucoup d'autres auteurs, que l'hérédité ne consiste qu'en une aptitude, en une prédisposition particulière à subir la maladie.

La contagion se fait par la voie digestive ou le plus souvent, par le tégument externe dont les fissures et les exfoliations accidentelles offrent la meilleure porte d'entrée au bacille de Koch. Quoi qu'il en soit, ce dernier, une fois dans l'économie, se déverse dans la circulation sanguine ou lymphatique, où il circule jusqu'au moment où il doit rencontrer un lieu de moindre résistance pour s'y greffer et s'y cantonner. Le testicule est pris dans ce cas, primitivement et indépendamment des autres organes qui, par le fait de leur force vitale, ont su résister à l'action envahissante du bacille. C'est alors une épididymo-orchite tuberculeuse primitive qui se déclare. Mais, comme on le voit, cette expression ne doit pas exclure l'idée d'une auto-infection, une infection passagère du sang.

Chez un autre individu, le poumon ou tout autre organe devient la première proie du germe infectieux et la lésion du testicule, étant alors précédée dans son apparition par d'autres manifestations de la tuberculose, est dite secondaire.

Cette conception qui assombrit le pronostic, nous explique parfaitement l'intégrité des autres parties de l'appareil

reil génital. En effet, et c'est par là que nous voulons terminer ce chapitre, le testicule n'est pris en tant qu'organe de génération. « C'est, comme le disent Hutinel et Deschamps, une petite masse glandulaire quelconque qui est atteinte au hasard de l'infection générale », et que les bacilles s'y développent, « comme dans les articulations, dans le cerveau ou tout autre organe » (Monod, Terrillon). Parfois, la rupture d'un vaisseau peut verser le bacille dans les mailles des tissus où il est encore entraîné par la diapédèse de leucocytes. L'examen histologique des lésions, le développement des granulations autour des canalicules séminifères, dans les lacunes lymphatiques, dans le tissu interstitiel ou le long des vaisseaux semblent confirmer cette hypothèse (Reclus).

Nous croyons pouvoir nous résumer en disant que l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë, en relation avec l'organisme tout entier, est due à la pénétration du bacille par le tégument externe, à son transport par l'intermédiaire de la circulation sanguine ou lymphatique. C'est encore cette même voie, sans parler de la voie muqueuse que le bacille suit pour contaminer les autres organes.

Nous nous sommes proposé, dès le début de ce travail, de résoudre les conditions particulières qui favorisent le développement de l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë et qui donnent à la tuberculose cette marche bruyante et rapide, alors que, dans la majorité des cas, elle est lente et insidieuse. C'est là un problème des plus difficiles auquel il ne nous est guère possible de répondre d'une façon affirmative. Les résultats de nos recherches personnelles auxquels nous sommes arrivé nous font même hésiter à partager l'hypothèse séduisante émise par Molière et que

notre esprit avait une tendance à admettre. D'après Mollère, l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë serait l'indice d'une tuberculose locale, constituant la seule manifestation de cette affection, et que les autres organes ne seraient atteints que secondairement par le fait de la généralisation et par le fait qu'ils ont été infectés par le foyer primitif. Nous avons vu que la forme secondaire est tout aussi fréquente que la forme primitive. Pourtant il n'est pas tout à fait inadmissible que la tuberculose testiculaire qui se complique d'une tuberculose osseuse, articulaire, pulmonaire, ait plutôt une évolution lente et torpide et qu'elle ne se manifeste pendant des années que par une induration légère et indolente.

A l'heure actuelle, aucune complication satisfaisante ne peut être donnée à ce sujet et nous ignorons entièrement ce que l'avenir pourrait nous apporter.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Nous ne voulons pas faire, dans ce court chapitre, l'étude détaillée des lésions macroscopiques et histologiques de l'épididymo-orchite tuberculeuse. Elle a été faite d'une façon magistrale par Malassez et Reclus auxquels nous empruntons les quelques détails qui suivent :

1° *Examen macroscopique.* — Dès le début le scrotum traduit par son aspect les traces de la lésion inflammatoire profonde qui se développe et qui s'étend de proche en proche vers les couches superficielles. Comme dans toute orchite, et même plus, le scrotum est rouge, œdématisé, épaissi et plus tard adhérent. Les couches profondes se détruisent de plus en plus jusqu'à ce qu'une ouverture vienne à s'établir à la partie antérieure et supérieure du scrotum. L'aspect de l'orifice fistuleux ainsi établi est le même que celui de tout orifice d'abcès

tuberculeux, c'est-à-dire que les bords en sont rouges, violacés, taillés à l'emporte-pièce, laissant passer du pus mal lié ou plutôt de la sérosité purulente. Tout autour de ou des orifices fistuleux, la peau s'épaissit, s'infiltré. Parfois ses bords sont recroquevillés en dedans dissimulant ainsi la fistule dans les nombreux plis que forme la peau du scrotum. D'autres fois, ils se relèvent et forment une saillie en cul-de-poule, saillie qui persiste tant que dure le suintement séreux. Des fistules se forment successivement à la suite des poussées inflammatoires secondaires ; on en trouve deux, trois et même cinq en même temps. Il en résulte de larges ulcérations.

Après la cicatrisation spontanée, du reste rare, on ne trouve plus qu'une cicatrice déprimée, adhérente aux couches profondes et qui se continue par un cordon fibreux résultant de l'oblitération du trajet fistuleux. Ce cordon peut disparaître à la longue (Gosselin, Valthier).

Les altérations de la séreuse vaginale sont constantes.

« Il n'y a pas de tuberculose testiculaire sans vaginalité concomitante (Gombaud). L'hydrocèle n'a été trouvé que dix fois. Boursier ne le distingue pas de l'hydrocèle idiopathique, tandis que pour Reclus c'est « un liquide plus dense, jaune, verdâtre, se précipitant par l'addition d'une goutte d'acide acétique ». Il n'existe pas non plus de différence chimique (Méhu). Il peut renfermer des bacilles de Koch et les inoculations au lapin déterminent l'apparition des nodules tuberculeux (Tuffier). Broca l'a rencontré purulent. Nous avons observé un épanchement sanguin à côté d'une tuberculose épididymaire (obs. XL, Mainguy¹.)

¹ Mainguy, Cont. à l'étude des tumeurs sang. de l'épid. th. Lyon, 1894.

Les deux feuillets de la séreuse vaginale sont entièrement distendus ou bien soudés dans toute leur étendue. Il est plus habituel de constater des adhérences partielles, des néo-membranes qui limitent des cavités kystiques secondaires. La surface de la séreuse offre les vestiges d'une pachyvaginalite plus ou moins ancienne. La vaginale est simplement congestionnée, épaissie, adhérente à l'albuginée dont il est impossible de la séparer. Il y a parfois des suffusions sanguines dans ses couches profondes, de véritables épanchements sanguins. Reclus et Klebs croient à la rareté des granulations grises à la surface, tandis que Simonds, Hutinel déclarent en avoir observé des cas remarquables. Chez les enfants, la vaginale est seule atteinte, quelquefois, sans altération du testicule et de l'épididyme. La séreuse est inoculée directement par le liquide venu de l'abdomen, ce qui explique la coïncidence de la vaginalite, même d'une épидидymo-orchite tuberculeuse avec une péritonite de même nature (Phocas, Brocas, Pitts¹).

Le testicule et l'épididyme sont atteints isolément ou simultanément. Voici la proportion sur trente-six examens clinique et macroscopique :

Testicule et épидидyme	29 fois.
Epididyme seul	5 —
Testicule seul	2 —

Il est possible que, la lésion ayant débuté très souvent par l'épididyme, le testicule ne soit altéré que secondaire-

¹ Pitts, Soc. path. de Londres, 1891. *Mercuredi méd.*, 1891, numéro 43.

ment; quelquefois l'altération de ce dernier passe inaperçue, à cause de la difficulté et de l'impossibilité de la reconnaître cliniquement. Mais ce qui est certain et prouvé, c'est que le testicule peut être le point de départ primitif de la tuberculose. Nous en avons deux exemples remarquables; la dernière surtout, observation de Barling, dans laquelle il s'agit d'une orchite tuberculeuse aiguë double, confirme ce qu'il y avait de trop absolu dans la loi de Ricord.

La lésion est souvent unilatérale, nous en avons indiqué la proportion. Nous n'insistons pas sur le volume de la tumeur, sa consistance ferme, sa surface lisse et tendue, ni sur l'envahissement en masse du testicule et de l'épididyme qui constituent une masse unique dans laquelle il est impossible de reconnaître les deux parties constituantes.

Quand l'épididyme est seul atteint, il est complètement masqué par une coque fibreuse résultant de l'épaississement du tissu péri-épididymaire. Il est envahi tout entier ou en partie au niveau de la tête et de la queue. En clinique, on peut suivre la marche de la lésion qui, ayant débuté par la queue ou la tête, envahit ultérieurement les autres parties de l'épididyme, le testicule, pour de là continuer à inoculer le cordon, la prostate et les vésicules séminales.

Les lésions varient suivant l'époque à laquelle on les examine. Au début, ce sont des noyaux disséminés soit à la tête soit à la queue, et qui se présentent sous l'aspect de masses crues à bords arrondis, parfois festonnés, limités par un tissu d'apparence normale, sclérosée ou lardacée. Ces masses crues se ramollissent et le produit caséux est éliminé à travers la fistule. On trouve des cavernes pouvant loger

un grain de chenevis et qui s'oblitérent par bourgeonnement. Parfois, tout l'épididyme, envahi par le processus tuberculeux, forme une masse plus ou moins irrégulière, semée de bosselures et débordant le testicule de tous côtés. Ces bosselures correspondent aux foyers de ramollissement. C'est une masse jaunâtre qui se présente, à la coupe, d'aspect analogue à celui d'une coupe de marron cru (Reclus). Autrefois, à la coupe, on tombe sur une « multitude d'alvéoles réguliers, les uns remplis de matière purulente, les autres vides, mais limités par des tracés nets ». Il s'agit, d'après Reclus, de tubes épидидymaires dilatés et épaissis dont les uns sont encore obstrués par des produits tuberculeux, mais dont les autres en sont débarrassés.

Dans le testicule les lésions sont plus variées. Elles consistent en masses crues semblables à celles qui se développent dans l'épididyme, en granulations transparentes qui produisent parfois le nodule type, tantôt la granulation miliaire de Virchow, enfin le nodule fibreux (Rozier).

Les granulations, peu nombreuses à la périphérie, sont disséminées dans le parenchyme qui garde son aspect normal. Elles sont à peine visibles, tantôt saillantes sous forme de nodules transparents. Elles affectent fréquemment une disposition régulière, rangée en séries linéaires qui convergent vers le corps d'Hygmore. Elles disparaissent à ce niveau où l'on ne trouve, comme dans l'épididyme, que des masses caséuses. Le testicule est rarement envahi en totalité. Dans ce dernier cas, il donne, à la coupe, l'aspect « d'un marron d'Inde dont les deux moitiés sont étalées » (Reclus). Cet auteur explique cette régression totale par

une éruption généralisée de granulations qui, en oblitérant les vaisseaux, empêchent la nutrition des tissus ; ces derniers finissent par dégénérer et subir le ramollissement nécrobiotique.

A côté des granulations on rencontre donc des masses caséuses qui occupent de préférence le corps d'Hyghmore, le *rete testis*, mais qui peuvent aussi envahir toute la glande. Leur dimension varie de la grosseur d'une pointe à celle d'une tête d'épingle. Ces masses caséuses se ramollissent et en se réunissant forment de véritables cavernes à parois épaisses, irrégulières, anfractueuses. D'une coloration jaunâtre, elles sont entourées par une mince couche de tissu blanc sclérosé qui les sépare du parenchyme sain. Les cavités cavernulaires contiennent une petite quantité de pus, du détrit^{us} caséux destiné à être éliminé sous forme de lambeaux allongés filamenteux.

Chez les enfants, les altérations diffèrent sur certains points (Hutinel, Deschamps.) Les différentes phases du processus sont très bien notées dans l'observation XXXIV et suivantes. Dans la première, la séreuse vaginale est seule altérée, parsemée de granulations ; dans les deux autres, l'inoculation s'étant faite de la vaginale à l'albuginée, la surface de la substance glandulaire est parsemée de granulations grises et jaunes, de volume variable de celui d'un grain de sable à celui d'une tête d'épingle ou d'un grain de chénevis, et enfin en dernier lieu, toute la glande est semée de noyaux caséux et de cavités plus ou moins bourgeonnantes.

Nous ne nous arrêterons pas sur les altérations bien connues du canal déférent qui devient gros, dur, rarement

bosselé, et monoliforme, les bosselures étant interceptées par du tissu sain ou moins altéré. Ces lésions, presque de règle, ne dépassent pas cinq centimètres de l'extrémité épидидymaire du canal; l'extrémité prostatique serait également altérée alors que la partie intermédiaire reste saine.

Les lésions de la prostate et des vésicules séminales sont peu connues; du reste, comme le prouvent les faits cliniques et anatomo-pathologiques, elles sont secondaires à la tuberculose épидидymaire (Villard, Karewsky.) C'est par ce dernier que débute la lésion, mais non par la prostate (Lewin), ni par les vésicules séminales (Guyon, Mankiewicz). Ces lésions aboutissent très rarement à la suppuration. L'appareil urinaire semble jouir d'une certaine immunité à l'égard de l'envahissement tuberculeux.

2° *Examen microscopique.* — Nous ne voulons pas revenir sur l'éternelle question du point de départ des granulations grises dans le testicule. L'éminent histologiste Malassez a étudié cette question d'une façon si complète que la description qu'il a donnée des lésions microscopiques du testicule tuberculeux, remaniée, reprise et modifiée par beaucoup d'auteurs, reste à peu près la seule classique.

Tout d'abord, c'est Virchow¹ qui, le premier, a reconnu l'existence des granulations miliaires dans le tissu interstitiel et auxquelles devaient succéder plus tard

¹ Virchow, *Die Krankhaften geschwülste*, Bd. II, 1864.

des masses caséeuses. Rindfleisch ¹ faisait provenir ces dernières des canaux lymphatiques, en même temps qu'il reniait l'existence des granulations. Ses affirmations furent démenties par Birch Hirschfeld ², Freidlander ³. Les granulations ont leur point de départ dans les canalicules séminifères (Kocher ⁴, Gaule, Tizzoni ⁵, Malassez ⁶) ; toutefois ces auteurs d'accord sur la localisation des lésions, ne concevaient pas la genèse de la même façon. Pour les premiers, il s'agit d'une lésion catarrhale qui se propage du canal déférent aux tubes séminifères, envahissant de dedans en dehors le revêtement épithélial, la paroi et les tissus voisins ; le processus est dit intracaniculaire. Il est, par contre, périphérique pour Malassez. Klebs faisait développer la granulation tantôt sur des vaisseaux sanguins, tantôt sur des tubes séminifères, et Steiner ⁷ le plus souvent sur les vaisseaux. Cette dernière hypothèse a été démentie par Waldstein ⁸. Pour Zeigler ⁹, et plus tard pour Wargner, suivant que les bacilles sont apportés par les vaisseaux sanguins (infection hémotogène) et lymphatiques, ou par les tubes séminifères (propagation de la tuberculose de la vessie, de la prostate, des vésicales séminales), la lésion siège tantôt dans les espaces interlobaires

¹ Rindfleisch, *Tr. d'histologie path.*, trad. Morel.

² Birch Hirschfeld, *Arch. der Heilkunde*, 1871.

³ Freidlander, *Sammlung klin. Vorträge*, 1864.

⁴ Kocher, *Manuel de Pitha et Bilioth.*

⁵ Gaule, Tizzoni, *Arch. de Virchow*, 1875.

⁶ Malassez, *Arch. de physiologie*, 1876.

⁷ Steiner, *Langenbeck's Arch.*, 1874.

⁸ Waldstein, *Virchow's Arch.*, 1883.

⁹ Ziegler, *Path. Anat.*

tantôt dans les canalicules eux-mêmes. Cette particularité de double origine si elle n'avait pas été démentie, aurait pu constituer le meilleur argument en faveur de la possibilité de l'infection génitale.

Chez les enfants, par le fait de peu développement des canalicules séminifères qui ne peuvent servir de voie de pénétration, les granulations se développent principalement le long des vaisseaux, dans le tissu intestinal, ou dans les enveloppes de la glande. (Hutinel, Deschamps.)

Nous décrivons les lésions histologiques en nous basant sur la description généralement admise de Malassez. Les granulations se développent donc à la surface des tubes séminifères qui, au point de vue morphologique est l'analogue de la plèvre et du péritoine, mais jamais ni dans leur intérieur (Carswel, de Herff, Hearth, Curling, Clark, Verneuil), ni dans la membrane propre (Villemin).

La division et la constitution élémentaire des granulations ont été données par Malassez, auquel nous renvoyons pour plus de détail.

Dans le testicule, il y a d'après Taylor : des granulations tuberculeuses ; une prolifération du tissu interstitiel ; des altérations de la paroi des tubes et du parenchyme ; des globules blancs grisâtres de structure variée et mesurant de 1 à 2 μ de diamètre.

Au début, on ne trouve, au sein du parenchyme qui garde son aspect normal, que quelques petites granulations transparentes semées au milieu des lobules. Un certain nombre se développe à la périphérie des tubes qu'il enfle d'une manière égale, et dont le centre est rempli d'une substance finement granuleuse, par une accumulation de petites cellules atteintes par la dégénérescence

granulo-graisseuse. Le tube, complètement oblitéré et altéré dans sa couche épithéliale, reprend son volume normal, au-dessus et au-dessous de la granulation. Le centre du nodule tuberculeux est dégénéré, tandis qu'à la périphérie, il est constitué par superposition concentrique des éléments embryonnaires, séparés par des lamelles du tissu conjonctif. La paroi du tube, épaissie et infiltrée à ce niveau, reprend également sa structure normale à mesure qu'on s'éloigne du nodule.

A côté de la granulation élémentaire de Malassez, on peut observer des granulations composées qui englobent plusieurs tubes à la fois. Le centre correspond toujours à la lumière d'un tube complètement dégénéré, tandis que, vers la périphérie, d'autres tubes sont dilatés, ratatinés, atrophés, étouffés en quelque sorte par le tissu interstitiel. Nous ne parlons pas de granulations fibreuses de Cruveilhier qu'on ne trouve presque jamais dans un testicule atteint d'orchite tuberculeuse aiguë.

Le tissu interstitiel contient des cellules fusiformes et des groupes de grandes cellules renfermant des corps granuleux. On peut rencontrer parfois de nombreuses agglomérations de petites cellules éparses (Taylor) qui peuvent être des granulations au début ou la première phase du développement du nouveau tissu interstitiel (Rozier).

Les masses caséuses du testicule sont formées de deux façons : 1° par la réunion de plusieurs granulations qui constituent un foyer caséux bien limité ; 2° par une poussée aiguë de granulations qui ayant atteint les vaisseaux, porte atteinte à l'irrigation et à la nutrition du tissu, et ce dernier finit par subir la régression granulo-graisseuse, ce qui donne lieu à la formation d'une énorme masse crue

semblable à du marron d'Inde. Autrefois, par un processus irritatif, le tubercule amène la congestion et la prolifération des éléments qui, pressés les uns contre les autres, aboutissent également à dégénérer à leur tour. On peut constater au microscope la présence du bacille de Koch dans le tissu interstitiel (Hügler), ainsi que des cellules géantes.

Les lésions de l'orchite tuberculeuse consistent donc en une hyperplasie du tissu interstitiel, en une formation des granulations, des tubercules crus, des foyers caséux et des cavernes en voie d'élimination. Mais ces lésions ne sont pas toujours systématiquement réparties. On peut observer, dans certains cas, une altération diffuse et infiltrée qui intéresse tous les éléments du tissu glandulaire. A ce propos, nous citons la note de Brault au sujet de l'examen histologique des pièces provenant du malade de l'observation XXXVII.

« Dans le testicule, la lésion n'offre pas la disposition d'un néoplasme proprement dit; c'est une altération diffuse et infiltrée. Le tissu interstitiel, notablement augmenté, qui sépare les tissus séminifères, présente une infiltration d'éléments embryonnaires en très grande abondance. Les travées conjonctives sont dissociées en quelque sorte par ces éléments. Les parois des tubes séminifères sont également infiltrées de ces éléments lymphatiques. Les lamelles de faisceaux conjonctifs, disposées concentriquement, qui constituent ces parois sont écartées les unes des autres par les éléments embryonnaires de manière à figurer une sorte de treillis. Certains tubes complètement oblitérés par le fait de cette infiltration ne sont plus reconnaissables que par la disposition arrondie et concentrique des travées conjonctives. La

cavité des tubes séminifères est plus ou moins remplie de cellules irrégulières dans lesquelles il est impossible de reconnaître la forme des éléments de l'épithélium normal. Ces cellules présentent les caractères des cellules épithéloïdes. Elles forment dans certains tubes une couche épaisse qui rétrécit la lumière du conduit; sur d'autres, elles l'entourent même complètement. Au centre d'un grand nombre de tubes, les éléments épithéloïdes subissent la dégénérescence caséuse et plusieurs tubes sont complètement remplis par un magma caséux. On trouve aussi dans le tissu interstitiel des foyers de caséification. Des cellules géantes existent en grand nombre. Quelques-unes sont situées au centre des conduits séminifères, d'autres dans l'épaisseur de leurs parois, ou même en dehors des tubes, dans le tissu interstitiel. C'est principalement au voisinage des parties caséuses, au centre des tubes séminifères ».

3° *Epididyme*. — C'est la forme caséuse d'emblée qu'on observe dans cet organe dont les lésions ressemblent à celles du canal déférent. Le processus est ici, contrairement à ce qui se passe dans le testicule, intratubulaire. Voici ce qu'on observe sur une coupe du canal déférent dont les lésions sont identiques à celles de l'épididyme et du corps d'Hyghmore :

Au centre, on trouve des amas de produits caséifiés et en pleine régression granulo-graisseuse, puis une zone dans laquelle les produits caséux distendent et écartent les faisceaux de fibres conjonctives, élastiques et musculaires, et tout à fait à la périphérie on ne trouve plus que des cellules jeunes disséminées entre les fibres. Des

petits foyers secondaires peuvent se former aux dépens de ces groupes cellulaires pour s'ouvrir ensuite dans le foyer principal (Rozier).

Dans l'épididyme, le processus identique débute par l'épithélium intra-tubulaire pour gagner la périphérie en infiltrant les parois de petites cellules rondes. Au centre, l'épithélium canaliculaire dégénère en se transformant en masses protoplasmiques à noyaux multiples. La périphérie est limitée par un manchon du tissu conjonctif néoformé.

CHAPITRE IV

Etude clinique.

On peut reconnaître à l'évolution clinique de l'épidymo orchite tuberculeuse aiguë trois phases successives : 1° début brusque par des douleurs vives, tuméfaction rapide et simultanée ; 2° une courte période de rémission, pendant laquelle les phénomènes inflammatoires s'apaisent momentanément ; 3° enfin une phase d'accidents d'abcédation et de suppuration, après laquelle la maladie prend les allures cliniques du tubercule du testicule.

1° *Début.* — Le début qui rappelle celui d'une orchite inflammatoire aiguë est absolument caractéristique. Tout d'un coup, la plupart du temps, en absence de toute cause occasionnelle, 80 0/0 (Reclus), dans le cours d'une bonne santé, la maladie éclate brusquement par une douleur vive, lancinante, parfois sourde dans le testicule, exaspérée par la pression, par le simple froissement, et s'irradie dans le trajet du cordon, du canal inguinal et la

fosse iliaque. Cette douleur est constante, rarement fixe, continue, contusive, comparable quelquefois à des coups de canif et à des pincements. Elle permet de rattacher à une date précise le début de l'affection. Les phénomènes précurseurs font habituellement défaut ; on peut pourtant observer des douleurs lombaires avec irradiation dans le cordon et la cuisse (ob. XL), sensation de douleur et de pesanteur dans la grande (Reclus), envies fréquentes d'uriner (Guyon, Barnier), sensation douloureuse du canal (ob. XXIV), dues au développement des granulations dans la muqueuse du canal de l'urètre (Monod, Terrillon), écoulements urétraux caractérisés par absence totale des douleurs dans le canal de l'urètre, leur nature séro-purulente (Brouardel, Bernutz, Gross) ; quelquefois rétention d'urine par exagération du spasme de la région (Gross), pertes séminales symptomatiques d'une tuberculisation de la prostate et des vésicules séminales (Gross), enfin des hématuries symptomatiques de la tuberculisation du rein et de la vessie (Thomas, Smith, Stupfer). Dans l'observation XXIII, les hématuries qui existaient bien avant le début peuvent être rattachées à l'ancienne lésion qui avait évolué à droite. Ces signes précurseurs sont plutôt l'apanage du tubercule du testicule qui s'accompagne en même temps d'une tuberculose génito-urinaire ; nous croyons inutile d'insister ici encore une fois sur la rareté de la généralisation tuberculeuse aiguë de l'appareil génital, à plus forte raison de l'appareil génito-urinaire.

L'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë se déclare donc spontanément en dehors de toute manifestation antérieure et sans que l'attention du malade ait été auparavant attirée du côté des organes génito-urinaires.

La douleur vive du début s'accompagne d'une tuméfaction simultanée et de phénomènes inflammatoires concomitants. Le scrotum est rouge, tendu, luisant. La tunique vaginale est distendue par un épanchement plus ou moins abondant, d'une quantité variable de 30 à 40 grammes. Reclus le considère comme étant presque constant ; Rozier renie son existence ; nous l'avons rencontré 10 fois dans nos observations ; le début en est très rapproché, au dixième jour au plus tard, quelquefois même au deuxième jour. Il est symptomatique d'une vaginalite concomitante, par analogie à ce qui se passe dans la plèvre. Il ne diffère pas de l'épanchement idiopathique (Boursier), tandis que Reclus lui reconnaît certains caractères particuliers ; une fois, nous avons rencontré un épanchement sanguin dont il nous a été fort difficile de préciser la date d'apparition.

Cet épanchement vaginal masque la tumeur et rend parfois l'exploration clinique fort difficile.

Les phénomènes généraux, s'ils existent, consistent en un peu de fièvre, céphalalgie, courbature, nausée, surexcitation intellectuelle et morale (Mollière). Cet auteur insiste sur la coloration jaunâtre plus accentuée du sperme qui est éjaculé en abondance. Il y a des sueurs nocturnes comme chez les phthisiques.

La tuméfaction commence en même temps que la douleur ; de vingt-quatre heures à huit jours elle atteint son maximum de développement. Elle est générale, le volume est variable entre celui d'un œuf de poule à celui d'une poire, d'une orange, même du poing d'adulte. Cette tuméfaction tient à plusieurs causes : 1° œdème inflammatoire, gêne de la circulation (péritonite, Hutinel et Deschamps),

mais surtout à la tuméfaction de l'épididyme et à l'existence d'un épanchement.

Le gonflement porte d'abord sur l'épididyme et le testicule, ce dernier est pris en même temps que l'épididyme ou consécutivement, et quelque temps après; dans nos observations, l'examen fait plusieurs jours après le début, donnait :

Testicule et épididyme	29 fois.
Epididyme seul	5 —
Testicule seul	2 —

Dans les autres cas, la lésion n'est pas suffisamment précisée. Les observations XXVII, XXXIX dans lesquelles le testicule, pris indépendamment de l'épididyme qui était resté absolument intact à côté des altérations profondes du parenchyme glandulaire, constituent un cas exceptionnel. Les altérations de l'épididyme sont donc presque constantes, mais non absolues. Par contre, le testicule reste à peu près sain à côté de l'épididyme sur lequel le processus semble se porter de préférence.

Nous avons recherché vainement le point de départ des lésions épididymaires; nous dirons seulement que dans l'épididyme, la tête et la queue sont prises plus souvent que le corps, sans que le tubercule ait une prédilection marquée pour l'une ou l'autre de ces deux parties. Pourtant Bardenheuer¹ fait débiter la lésion par la queue de l'épididyme, au point où il vient aboucher sous un angle aigu à l'extrémité du canal déférent et le testicule ne

¹ Bardenheuer, Tuberculose des testicules, analysée dans *Centr. f. Chir.*, 1888.

devient malade que plus tard par suite de l'extension du tubercule par contiguité et non par propagation directe aux canalicules séminifères. Dans les observations IV et IX, on a pu voir la lésion débiter par la queue de l'épididyme.

Les caractères subjectifs de la lésion à cette période, ont des plus caractéristiques. L'épididyme est dur, résistant, à surface lisse, régulière et sans bosselure, ni saillies, ni dépression ; il déborde le testicule et « forme une sorte de bourrelet comme un demi-cylindre contourné en croissant et qui entoure au moins les deux tiers postérieurs de la circonférence du testicule » (Reclus).

Ce dernier est plus ou moins augmenté de volume, lisse, douloureux à la pression, la sensibilité glandulaire serait même exagérée (Rozier).

Cette douleur vive, rougeur spontanée, gonflement rapide, tous ces phénomènes inflammatoires aigus, qui peuvent dérouter un moment le diagnostic, sont de courte durée. Au bout de quelques jours, de deux à trois semaines, tous les symptômes s'amendent proportionnellement ; c'est alors que l'affection rentre à sa deuxième période.

2^o Période de rémission. — La rougeur se dissipe, les douleurs se calment, mais ne disparaissent jamais complètement, elles peuvent être réveillées à l'occasion d'un froissement, d'un choc, ou d'une marche. La tuméfaction est à peu près stationnaire et les signes physiques de la première période persistent malgré la disparition des phénomènes aigus. Rozier assimile cette particularité à ce que l'on observe dans certaine pneumonie où, malgré la disparition des phénomènes fébriles, les signes sté-

thoscopiques persistent toujours; elle doit éveiller l'idée d'une prédisposition tuberculeuse.

Cette période pendant laquelle le malade éprouve un certain soulagement a une durée maximum de trois semaines, au bout desquelles on voit survenir des modifications importantes dans les caractères de la tumeur, modifications qui aboutissent à l'abcédation et à la suppuration.

3° Période de suppuration. — A la surface de l'épididyme qui était resté lisse, régulière, il se forme des points fluctuants, des adhérences s'établissent entre la tumeur et le scrotum qui s'épaissit; enfin, la collection se fait et s'ouvre à l'extérieur par une petite ouverture qui laisse couler du pus bien lié; l'ouverture persiste, une fistule s'établit; tout autour, la peau s'ulcère, se sphacèle la fistule donne issue à du pus, parfois caséeux, à des débris sphacelés, et à un liquide filant, louche, dans lequel on trouverait des spermatozoïdes (Mollière).

Cette suppuration est presque la règle; pourtant dans trois cas (obs. XI, XXIV, XXX), la résolution spontanée a eu lieu sans ouverture, ni ulcération. En effet, chez les enfants, elle semble plus fréquente. On a vu cette suppuration survenir au cinquième jour (obs. XL), en une semaine, trois, quatre, et même huit à neuf semaines (obs. XXXIX.)

La fistule peut se fermer, d'autres lui succèdent. On en a compté jusqu'à cinq.

A partir ce moment, l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë ne peut plus être distinguée du tubercule du testicule dont elle suit la marche ultérieure.

Ce tableau clinique si particulier et si caractéristique

est le même pour tous les cas. La douleur est plus ou moins vive, le gonflement plus ou moins rapide et la marche plus ou moins aiguë. Mollière a décrit une forme qu'il désigne sous le nom de phtisie aiguë du testicule à cause de sa marche suraiguë.

Chez les enfants, la marche est à peu près la même ; il se produit de larges ulcérations dans le scrotum ; le tissu glandulaire s'élimine en totalité ou en partie, enfin, les ganglions inguinaux sont engorgés seulement à cette période (Jullien). Hutinel et Deschamps croient à la précocité de l'apparition de l'adénopathie. Ils ont constaté des ganglions axillaires et cervicaux, il est vrai, chez les enfants tuberculeux qui présentaient des manifestations nombreuses au testicule, au péritoine, au foie, aux poumons, etc.

Le cordon est pris dix fois sur vingt-huit, tout au moins au début. Il est gros, douloureux, dur, en baguette rigide, mais rarement monoliforme (obs. XXIV) tel qu'on a l'habitude d'observer dans la forme chronique. De même, la prostate du même côté (onze fois sur vingt-huit) offre au toucher une sensation d'induration, d'hypertrophie ; elle est douloureuse, bosselée et suppure rarement. Les mêmes lésions s'observent avec moins de fréquence du côté de vésicules séminales (cinq fois). Mais nous ne saurions trop insister sur la valeur pronostique de ces lésions ; comme nous l'avons exprimé dans le chapitre de la pathogénie, ces organes sont pris habituellement par le fait de la généralisation et de la progression de la lésion de l'épididyme par l'intermédiaire du canal déférent. Nous sommes absolument convaincu que le point de départ en est dans le testicule et l'épididyme, car il n'est pas rare de suivre en clinique l'envahissement

ultérieur de ces organes trouvés sains au premier examen.

L'observation IX est très démonstrative à ce sujet. On y note en effet que la prostate constatée intacte huit jours auparavant était devenue volumineuse et douloureuse à la pression. Nous croyons donc que plus on remonte au début, moins sont fréquentes les altérations du canal déférent, de la prostate et des vésicules séminales. Nous ne parlerons pas ni de la vessie, ni du rein qui, dans tous les cas, étaient complètement indemnes.

Quand la lésion est unilatérale, le côté opposé est habituellement sain, pourtant dans deux cas (obs. V, XI), il existait en même temps un noyau épидидymaire plus ou moins volumineux, qui ne se manifestait guère par aucun signe objectif, ce qui a conduit certains auteurs à considérer l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë comme l'épiphénomène survenant dans le cours d'une tuberculose chronique jusqu'alors restée inaperçue. Nous ne pouvons pas nier d'une façon absolue la possibilité d'observer des cas analogues ; car il existe un certain nombre d'observations à l'appui de cette hypothèse (Reclus-Terrillon). Mais nous continuons à croire que, par analogie à ce qui se passe dans le poumon ou dans d'autres organes, la tuberculose du testicule a parfaitement droit de se manifester tantôt d'une façon brusque et bruyante, tantôt d'une manière lente et insidieuse.

Quand le côté opposé est atteint de généralisation, la lésion y évolue d'une façon chronique (Reclus) : nous avons constaté (six fois sur huit) qu'il n'est pas impossible de la voir suivre une marche clinique, absolument comme celle de la lésion première. Elle aboutit également à la suppuration.

CHAPITRE V

Diagnostic. — Pronostic.

I. DIAGNOSTIC

Nous venons de voir que l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë, qui se déclare spontanément et la plupart du temps en dehors de toutes circonstances occasionnelles, rappelle l'orchite franche au point de vue de l'expression symptomatique. Ce mode du début peut dérouter un instant le diagnostic. Aussi est-il important de préciser les éléments sur lesquels on doit se baser pour édifier le diagnostic différentiel. C'est de l'étude de l'étiologie, de l'état général du malade, des commémoratifs, du mode d'invasion de la lésion, enfin de l'état de la prostate et des vésicules séminales qu'on tirera au début, non pas la certitude, mais quelques présomptions en faveur de la nature tuberculeuse de l'affection (Cousin).

1. L'orchite blennorragique débute de la même manière et s'accompagne en plus d'un écoulement urétral qui

présente quelque analogie avec celui qui a été signalé parfois dans l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë. La lésion débute comme dans cette dernière, par l'épididyme pour envahir ensuite le ou les deux testicules et le canal déférent qui est douloureux et volumineux. Enfin, des adhérences scrotales ne sont pas exceptionnelles dans l'orchite blennorragique (Augagneur). Malgré les quelques ressemblances cliniques, le diagnostic peut être facilement porté par les commémoratifs dont l'importance est considérable dans ce cas et par l'examen attentif de l'écoulement urétral qui diffère de celui de la blennorragie par sa nature séro-purulente et son indolence. Au besoin, on doit rechercher le gonocoque de Neisser, dont la présence ne permet plus de doute, d'autant plus que dans l'écoulement de la blennorrhée tuberculeuse, l'examen microscopique révèle des bacilles de Koch.

2. L'orchite aiguë qui complique les maladies infectieuses impose parfois pour une orchite tuberculeuse et inversement. Les anamnestiques et les commémoratifs qui mettent en éveil l'affection primordiale sont encore ici d'une grande utilité. Car les symptômes cliniques sont à peu près les mêmes, sauf quelque différence du degré d'intensité qui est d'ailleurs d'une appréciation difficile (Reclus). L'orchite métastatique des fièvres graves, des oreillons, se cantonne de préférence dans le testicule proprement dit, tandis que la tuberculose commence très souvent par l'épididyme avant d'envahir la glande tout entière. L'orchite infectieuse des fièvres graves suppure parfois, celle des oreillons ne suppure qu'exceptionnellement. C'est par l'étude des causes de l'état

général du malade et même de la marche de l'affection que l'on pourra éclairer le diagnostic.

3. L'orchite traumatique prête également à des confusions et à des erreurs. Dans l'observation III, malgré l'absence du traumatisme antérieur, on avait diagnostiqué une orchite traumatique et plus tard une encéphaloïde à marche rapide. Si cette cause occasionnelle a réellement existé, on peut voir évoluer une orchite traumatique franche chez un individu en bonne santé et vigoureux, elle sera de nature tuberculeuse pour peu que l'organisme soit débilité, déjà en possession d'une tuberculose viscérale qui dénote la présence de germes infectieux en circulation. Le traumatisme, par l'inflammation qu'il détermine, fait appel aux bacilles qui viennent se greffer dans ce tissu qui offre un lieu de moindre résistance. Nous ne voulons pas affirmer par cela que toute orchite traumatique survenue chez un tuberculeux soit fatalement tuberculeuse. On peut la voir rester purement inflammatoire et guérir rapidement sans aboutir à la suppuration qui caractérise les lésions tuberculeuses de la glande séminale.

Dans tous les cas, il faut s'adresser aux antécédents héréditaires, personnels et aux commémoratifs. Ces derniers manquent souvent dans l'épididymo-orchite tuberculeuse. Sept fois seulement, l'affection semble être la conséquence plus ou moins certaine d'un traumatisme. L'examen minutieux de la lésion qui débute par l'épididyme, lorsqu'il s'agit de la tuberculeuse, est une précieuse ressource de diagnostic. Parfois, un épanchement vaginal assez abondant rend cet examen quelque peu difficile ; on pourrait dans ce cas pratiquer une ponction dans le but

d'évacuer le liquide et de faciliter l'examen subjectif. Mais il faut être prévenu de la possibilité de voir persister l'orifice par lequel le trocart a été introduit et le voir devenir fistuleux. On ne peut rien tirer de précis de la localisation de la lésion à la tête ou à la queue de l'épididyme; le plus souvent ces deux parties sont atteintes déjà au moment où l'on examine le malade. D'ailleurs, c'est un signe de diagnostic de peu de valeur.

Le toucher rectal doit être méthodiquement pratiqué. La prostate saine au début (Reclus) offre rapidement une augmentation de volume, une tuméfaction douloureuse et bosselée, ou tout au plus une congestion passagère. La suppuration est rare, elle se fait jour dans le canal de l'urètre par où s'élimine le pus. Très souvent, les lésions consistent en une induration, hypertrophie légère qui disparaît, d'ailleurs, par l'ablation du foyer primitif (obs. XXVII). Le cordon, de même que la prostate, se prend tôt ou tard. Il est dur, volumineux, douloureux, rarement bosselé et monoliforme. Les vésicules séminales ne doivent pas être oubliées. Comme les deux premiers organes, elles peuvent trahir l'infection générale.

L'état général fournit des renseignements d'une très grande valeur. Une fois sur deux, le sujet a la chance d'être tuberculeux, offrant à l'observateur tous les attributs d'une infection déjà en puissance. Les poumons sont sains ou suspects. Dans tous les cas, on doit en tenir grand compte ainsi que des antécédents héréditaires diathésiques.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une épididymo orchite sur la nature de laquelle on ne peut se prononcer d'une façon certaine, la suppuration est une

preuve presque assurée de la nature tuberculeuse de l'affection. On y décele facilement le bacille de Koch et si cette recherche reste infructueuse ou présente des difficultés, on peut imiter la conduite de Damsch qui a inoculé du pus dans la chambre antérieure de l'œil du lapin (Terrillon).

Il ne faut pourtant pas considérer le diagnostic extrêmement difficile nécessitant parfois des inoculations expérimentales. A notre connaissance, ce procédé n'a guère été mis en pratique ; car les commémoratifs, le début, la marche et l'évolution de l'affection permettent presque toujours d'établir un diagnostic exact et précis.

En principe, si l'épididyme est pris primitivement chez un individu vigoureux, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, sans cause, sans blennorragie, on doit songer à une épididymite tuberculeuse, car, comme le dit Cousin, l'inflammation idiopathique semble plus volontiers envahir le testicule proprement dit. Si l'épididymite est due à un traumatisme ou à une blennorragie, c'est de l'inflammation gonococcienne qu'il s'agit ; mais pour peu que l'état général du malade soit douteux, on est autorisé à faire de grandes réserves sur la nature de l'inflammation. De même que si l'on a éliminé toutes les autres causes capables de provoquer une orchite, la tuberculose a quelque droit d'être prise en sérieuse considération, car l'orchite bacillaire est la plus fréquente après l'orchite blennorragique (Reclus). Le diagnostic reste en suspens chez un individu vigoureux jusqu'à la formation de la collection purulente et son ouverture à l'extérieur. Les altérations de la prostate sont peu accusées à cette période ; c'est à peine si l'on perçoit un certain gonflement, une certaine

induration légère sans déformation ni bosselures. Mais, ajoutez à cela l'absence de causes pouvant expliquer l'affection de l'épididyme, on aura suffisamment raison de faire des réserves jusqu'à l'apparition des signes caractéristiques qui ne permettent plus alors l'hésitation.

Par contre, s'il s'agit d'un individu débilité ou manifestement tuberculeux, porteur d'autres lésions de même nature, telles qu'une tumeur blanche, de la carie osseuse et si l'affection du testicule se déclare sans cause occasionnelle apparente, on doit, dès le premier jour, soupçonner la tuberculose, on peut même l'affirmer à coup sûr ; car il est extrêmement important de faire un diagnostic précoce avant même que la suppuration s'établisse, pour pouvoir intervenir rapidement dans le but de prévenir l'infection générale et d'assurer par là la guérison. Enfin l'apparition de l'abcès est plus qu'une présomption en faveur d'une épididymo-orchite tuberculeuse. Elle équivaut presque à la certitude.

Nous ne nous arrêterons pas sur le diagnostic différentiel de cette affection avec les tumeurs du testicule, ni avec une lésion syphilitique du même organe qui en diffèrent essentiellement par leur marche lente et chronique. Les caractères cliniques sont trop différents pour ne pas donner lieu à une erreur de diagnostic qui, d'ailleurs, peut être facilement réparée.

II. PRONOSTIC

En tenant compte des relations qu'elle peut avoir avec l'organisme tout entier, l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë doit avoir un pronostic sérieux. Nous ne le considérons ni comme étant extrêmement grave et mortel (Dufour), ni extrêmement bénin (Velpeau). Ces deux opinions extrêmes sont sans doute trop exagérées et l'on sait très bien à l'heure actuelle que cette affection constitue une fois sur deux la seule manifestation locale de la tuberculose, tandis que, dans bien d'autres cas, on la voit se compliquer de tuberculose viscérale ou se généraliser plus ou moins rapidement. Le pronostic dépendra de l'état du sujet, de ses antécédents, de sa constitution et de sa prédisposition diathésique.

L'existence dans un point donné de l'économie d'un foyer de suppuration qui peut devenir d'un moment à l'autre le point de départ d'une infection générale, constitue une menace incessante et une source de danger manifeste.

Chez les enfants, le pronostic est absolument bénin pour l'état général (Jullien). Localement la guérison est encore la règle. Elle survient de deux façons : ulcération et élimination du tissu nécrobiosé, des bourgeons charnus se forment et la cicatrisation est parfaite (obs. XXXI) ; ou bien elle est le résultat d'une résorption spontanée de l'infiltration et de la totalité ou d'une partie de la glande. Le testicule disparaît complètement sans qu'il y ait eu

d'élimination (obs. XI, XXIX, XXX). Hutinel et Deschamps considèrent le pronostic d'une façon plus sombre ; ils affirment même que chez les sujets les plus résistants en apparence, le testicule n'est presque jamais le seul organe atteint. Trois fois sur quatre, la mort a été la conséquence d'une tuberculose chronique ou aiguë généralisée, ce qui lui fait dire que « le pronostic dépend bien plus de la dissémination et de la virulence plus ou moins grande des lésions viscérales que de l'affection testiculaire qui n'est qu'une manifestation de l'infection tuberculeuse ».

Cavarry, de son côté, considère le pronostic extrêmement grave si ce n'est mortel. Que conclure de ces faits ? Il est facile de voir que le pronostic dépend de l'état général du petit malade, mais nous ne pensons pas qu'il soit particulièrement grave à cet âge, d'autant plus que la guérison spontanée s'observe plus fréquemment soit par cicatrisation rapide, soit par résorption.

Chez les vieillards, le pronostic est plus sérieux. La guérison locale spontanée n'est qu'une exception ; l'intervention est indispensable. L'infection retentit plus facilement sur l'organisme qui est déjà débilité et affaibli. Sur trois cas portant chez des individus entre quarante-sept à soixante-dix ans, deux fois la mort s'est produite, une fois par le fait du marasme sénile et malgré la légère amélioration de l'affection locale (obs. XVII) et une fois par le progrès de lésions pulmonaires (obs. XXI). Dans l'observation XII, la guérison locale est obtenue par la production d'un fungus expulsif. Chez le malade de l'observation XL, l'état général a resté jusqu'à présent bon et, vu dernièrement, le malade paraît définitivement guéri (un an après).

Chez les adultes, le pronostic varie encore avec l'état général. Localement, la guérison est obtenue par la castration ou plus rarement par la cicatrisation plus ou moins rapide (obs. X). La suppuration continue des années (obs. XXIII), et le pronostic est d'autant plus grave qu'on abandonne le malade à une suppuration prolongée et continue. Il ne faut guère compter sur la rétraction filieuse ou sur la calcification du produit caséux; ces modes de terminaison sont trop exceptionnels.

Ce qui doit surtout préoccuper le chirurgien, c'est la possibilité de voir survenir une infection générale fort redoutable. Elle se fait par l'intermédiaire du canal déférent à la prostate, aux vésicules séminales, par les vaisseaux lymphatiques aboutissant aux ganglions inguinaux par ceux du canal déférent, débouchant dans les ganglions profonds intra-abdominaux qui peuvent à leur tour inoculer le péritoine. Mollière cite le cas d'un individu mort de la tuberculose aiguë et chez qui il avait trouvé des tubercules non douteux dans les corps vertébraux. Pour lui, les organes thoraciques et même les méninges seraient envahis par la même voie lymphatique. La voie sanguine, comme la voie lymphatique peut également servir à transporter les germes infectieux. En même temps que cette généralisation, le testicule du côté opposé se prend (huit fois sur quarante), l'infection se fait de proche en proche par l'intermédiaire des canaux déférents et des organes placés entre les deux testicules. Bardenheuer croit au contraire à l'intégrité des parties intermédiaire; dans ce cas, il faudrait admettre une infection hématogène.

L'épididymo-orchite tuberculeuse est mortelle indirectement (sept fois sur quarante). La mort n'est presque

jamais la conséquence directe des lésions testiculaires ; elle est due trois fois à des suppurations prolongées et, plus encore aux lésions pulmonaires, une fois à la suppuration et au marasme sénile, trois fois à la tuberculose chronique et aiguë généralisée et à la tuberculose miliaire (chez les enfants). La suppuration à laquelle les gens débilités résistent encore moins épuise les forces du malade. Des complications septiques plus ou moins graves se déclarent, mais on peut dire que presque toujours c'est par le poumon que le malade est enlevé à la vie. Les tuberculoses aiguës généralisées aux organes génito-urinaires semblent être excessivement rares.

La constitution du sujet a donc une importance capitale. Chez un homme vigoureux, par une intervention radicale et hâtive, on a droit d'espérer la guérison définitive. La généralisation est toujours à redouter, mais elle n'est pas aussi rapide que le croyait Dufour.

Nous dirons donc pour terminer, que l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë, comme toute tuberculose chirurgicale comporte un pronostic sérieux ; mais elle est pourtant parfaitement passible d'une guérison définitive comme nous allons le voir dans le chapitre qui suit.

Nous avons laissé en dernier lieu l'étude de la question qui touche à la conservation des fonctions glandulaires. Quand la lésion est unilatérale, les fonctions génésiques ne sont nullement compromises, car la glande restée saine suffit amplement à fournir la sécrétion. Dans un cas d'atrophie du testicule, Ribbert a observé une hypertrophie compensatrice de la glande opposée. On peut supposer que de même, après la castration, la glande saine pourrait subir une hypertrophie sensible sous l'influence d'une

suractivité fonctionnelle. Après la castration double, le sperme n'est plus secrété ; l'opéré continue à avoir des érections de courte durée et parfois même, longtemps après l'opération, des éjaculations d'un mucus qui serait emmagasiné dans les vésicules séminales.

Enfin, ces troubles de la fonction génésique, surtout cette infirmité résultant d'une longue suppuration influent considérablement sur l'état moral de l'individu qui devient hypocondriaque ; il tombe dans un état de découragement qui finit parfois par une impulsion au suicide.

CHAPITRE VI

Traitement

I. TRAITEMENT GÉNÉRAL

Nous n'insisterons pas longuement sur le traitement général de l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë. Adjoint précieux du traitement local, il s'adresse à l'état général constitutionnel et diathésique. C'est généralement aux reconstituants, aux toniques qu'on a recours en pareille circonstance (huile de foie de morue, iodure de sodium, iodoforme, poudre de viande, frictions sèches au corps, saison dans une station d'eau minérale, etc.). En présence d'une lésion qui évolue avec une rapidité et une intensité remarquables, le traitement général n'a pas une assez grande efficacité. Il n'exerce son action bienfaisante que quand il est appliqué à la suite du traitement local, dans le but de modifier la nutrition et d'augmenter la résistance de l'économie. Pourtant, chez les enfants, la guérison spontanée pouvant s'obtenir sans intervention, le traite-

ment général a seul son importance. Jullien rejette d'une façon systématique toute intervention opératoire. Expectation et le plus d'antisepsie, telle est la ligne de conduite qu'il conseille de suivre.

II. TRAITEMENT LOCAL

Les moyens antiphlogistiques, dans le but de combattre les phénomènes inflammatoires, peuvent être mis en usage. C'est ainsi que nous devons mentionner les frictions mercurielles, le repos au lit, des applications de sangsues, des cataplasmes laudanisés, etc. Il faut bien savoir que ces moyens échouent la plupart du temps, et, malgré les tentatives désespérées, la résolution se fait attendre; par contre, la collection purulente se forme sous les yeux du chirurgien, pour s'ouvrir rapidement à l'extérieur.

Une fois l'abcès ou vert, on peut avoir recours à l'incision au bistouri, au drainage (Hugonnet), à l'énucléation par pression (Bérard). Contre les fistules, on a employé des injections astringentes, des lavages antiseptiques, la teinture d'iode, des injections d'éther iodoformé, etc. La méthode de Lannelongue fut également appliquée au traitement de l'épididymo-orchite tuberculeuse (Horteloup, Ozenne, Broudier d'Arcachon, Desnos). Dans un cas, le produit tuberculeux était complètement transformé en tissu fibreux, si bien que l'examen histologique ne permettait de découvrir aucune trace du testicule (cas de Coudry, cité par Ozenne).

Nous arrivons à parler de trois principales méthodes de traitement qui partagent à l'heure actuelle l'opinion

des chirurgiens. Nous voulons parler de la résection, de la cautérisation et enfin de la castration.

De grandes dissidences règnent encore au sujet du traitement réellement chirurgical de cette affection. La résection proposée par Malgaigne, Bérard, Bardenheuer, consiste à enlever une partie ou la totalité de l'épididyme. L'épididymectomie de Villeneuve, de Marseille, donnerait des résultats satisfaisants tout en permettant de conserver le testicule qui resterait longtemps sain après l'opération sans être atteint d'atrophie ou de gangrène. L'application de ce procédé est fort limitée, étant donné que, très souvent, le testicule étant lésé en même temps et aussi profondément que l'épididyme, on ne saurait guère songer à une intervention conservatrice, même en réséquant les couches superficielles du testicule. Elle trouve son application plus large dans le cas de tuberculose chronique limitée à l'épididyme sans tendance à l'extension au testicule.

La cautérisation a été connue depuis Dupuytren. Boyer, Bonnet (de Lyon), Delpech, Velpeau, Bouisson avaient recours aux cautérisations chimiques. L'origine de la cautérisation au thermo-cautère remonte à Montagnana, mais elle a été surtout vulgarisée et défendue par Verneuil qui l'applique presque exclusivement (Auboin). Nous reprendrons aux objections faites par les adversaires de la castration (Dufour, Cruveilhier, Velpeau, Vidal, Robert, Bouisson, Verneuil) quand nous traiterons de cette dernière. Des pointes de feu profondes donnent parfois de bons résultats quand la tuberculose est bien localisée. Mais l'épididymo-orchite tuberculeuse relève d'une intervention plus radicale.

Nous devons encore faire mention d'un traitement pré-

conisé par Humbert et qui consiste à l'ouverture de l'abcès au thermo-cautère et à la résection totale et l'épididyme.

Toutes ces opérations palliatives, incomplètes, si parfois elles ont assuré la guérison locale momentanée, ne méritent pas pourtant d'être recommandées dans le cas qui nous occupe. Car outre leur inefficacité à enrayer la marche de la maladie, les délabrements auxquels elles donnent lieu sont souvent plus dangereux pour le malade.

Par le simple raisonnement, quelle que soit l'opinion qu'on pourrait émettre sur les chances de guérison et de propagation de la tuberculose testiculaire, on arrive fatalement à proposer la castration qui, en même temps qu'elle met le malade dans les meilleures conditions, le débarrasse d'une source d'infections et du danger constant d'une généralisation (Bastide).

Castration. Sa valeur.

La valeur d'une opération ne peut être jugée que par des résultats opératoires et éloignés qu'elle fournit. Comparativement aux autres opérations plus ou moins partielles et conservatrices, telles que la cautérisation, le raclage, la résection totale ou partielle, la castration serait une opération de choix, si en enlevant un testicule malade on était sûr d'amener la guérison. C'est ce qui nous conduit à étudier ses résultats immédiats et éloignés.

1° *Résultats immédiats et opératoires.* — Nous ne tiendrons pas compte des statistiques de Perrin, de Manoury, ni de celle de Thore faites à une époque où l'anti-

sepsie n'était pas encore rigoureusement appliquée. Car de nos jours, les résultats opératoires, grâce au perfectionnement des méthodes antiseptiques, diffèrent essentiellement.

Notre statistique porte sur 20 cas de castration. 19 fois la guérison locale est parfaite, la suppuration s'est tarie et la cicatrisation fut complète au bout d'un temps plus ou moins long. Dans l'observation XXXIII, il a persisté une fistule à l'extrémité supérieure de l'incision correspondant au cordon et qui fut le point de départ d'une infection généralisée aux ganglions inguinaux, iliaques et axillaires.

2° *Résultats généraux.* — Influence sur l'état général et sur l'évolution de la tuberculose.

Les malades qui font l'objet des observations que nous citons n'ont pas été suivis pendant assez longtemps pour que nous puissions nous prononcer d'une façon ferme. Pourtant, malgré le petit nombre des cas, le résultat auquel nous sommes arrivé est bien encourageant. Huit fois, les opérés ont pu être revus au bout d'1 an (obs. XIV, XXVII, XL), 2 ans (obs. III, XIV), 3 ans (obs. XVIII, XXXVII), 8 ans (obs. XXVIII); le malade de l'observation XXV, de huit mois seulement. Dans 2 cas, on note une récurrence du côté opposé; l'état général est toujours resté bon chez ces malades. Toutes les fois, l'état général s'est amélioré notablement. C'est ainsi que, dans l'observation de Monod, nous le voyons s'améliorer rapidement sous l'influence d'un traitement général très énergique qui est sans doute pour beaucoup dans cette heureuse modification; mais ce qui est surtout

remarquable, c'est la disparition des lésions pulmonaires suspectes antérieurement constatées. Cette amélioration est partout sensible, sauf une fois où la castration n'a pu empêcher la récidive de se faire ; pourtant le malade « ne tousse pas et ne présente rien aux poumons ». Dans l'observation de Bouisson, les accidents survenus après l'opération, qu'il appelle inopportune, ne tiennent pas directement à la castration. Ils ne sont que des manifestations d'une tuberculose contre laquelle l'opération ne pourrait rien faire, si ce n'est en diminuer la virulence.

L'observation du père de la Trappe est des plus remarquables ; elle met en relief le résultat qu'on peut obtenir par cette intervention heureuse. Enfin Gombaudo a pu revoir huit ans après son ancien malade qui était resté indemne de toute manifestation tuberculeuse. Nous devons ajouter à cette série les trois cas observés par notre maître M. le professeur Poncet, pendant son majorat à l'Hôtel-Dieu, et pour lesquels il pratiqua avec succès la castration.

Le malade de l'observation XXVII, marié cinq mois après l'opération, entre à l'hôpital pour une tumeur blanche du genou qu'on ne peut guère songer à attribuer à l'intervention. De même, dans l'observation de Hutinel, on ne peut pas incriminer la castration comme ayant favorisé l'infection contre laquelle elle restait malheureusement impuissante.

Enfin, dans les autres cas, l'amélioration pendant le peu de jours qu'on a pu suivre le malade, n'était pas moins sensible. En même temps que la cicatrisation se complétait, l'opéré reprend des forces et au bout de quelques jours, il quitte l'hôpital en voie d'une guérison qui se

complète. Nous faisons remarquer que neuf de ces malades étaient des tuberculeux. La mort est notée une fois seulement sur vingt cas. Il est facile de constater que chez ce malade (obs. XXI) l'opération pratiquée *in extremis*, n'avait autre but que celui de remplir la dernière volonté du malade; elle n'a pas moins assuré par cela la guérison locale. L'issue fatale est inévitable.

Malgré le nombre insuffisant des observations que nous avons réunies, nous concluons que la mortalité dans la castration est réduite à zéro; localement elle assure la guérison par cicatrisation rapide. L'état général, même chez les tuberculeux, s'améliore proportionnellement et les lésions pulmonaires, si elles ne subissent pas une régression parallèle, restent tout au moins stationnaires. Les quelques cas de récidives qui sont notés ne sont que l'œuvre d'une infection déjà en puissance, à laquelle l'opération n'a nullement donné une impulsion.

En nous basant seulement sur les résultats de nos recherches personnelles, nous ne comprendrions pas la grande hésitation de certains chirurgiens qui proscrivent constamment la castration. Bouisson a écrit sans hésitation qu'il ne connaissait pas des cas de tuberculose testiculaire, dans lesquels la castration puisse être appliquée.

Les craintes sont justifiées par deux ordres de faits :

1° La tuberculose génitale étant rare, l'infection tuberculeuse serait toujours due à une tuberculisation du sang; il existe alors une tuberculose pulmonaire et l'affection du testicule n'étant plus qu'une manifestation secondaire, elle perd de son importance et passe au dernier plan.

2° Quand les lésions sont bilatérales, ne faire qu'une castration, c'est de hâter l'autre lésion qui continuera à

évoluer ; quant à faire une castration double, l'opération, vu l'étendue des lésions, ne suffit plus à supprimer complètement le foyer infectieux. Souvent on se heurte à des raisons morales, au refus du malade. Les ganglions sont infectés. Enfin, la castration accélère la marche des lésions pulmonaires et favorise la généralisation.

Les raisons d'ordre moral ne doivent pas trop préoccuper le chirurgien, surtout si l'on n'enlève qu'un seul testicule. On se demande, en effet, si véritablement, il faut s'arrêter sur cette réflexion, alors qu'il s'agit de sauver du péril le malade dont la vie est sérieusement menacée. On lui rend un bien plus réel service en le débarrassant d'une infirmité dégoûtante et pénible. Tout d'abord, même avec une lésion très limitée, l'excrétion du spasme étant arrêtée, le testicule n'est plus qu'un « ornement dangereux » (Gombaudo). Pendant toute la durée de la suppuration, le malade s'affaiblit, s'étiole, se cachectise, et, comme le dit Reclus, « ne fût-il apte déjà à pratiquer du tubercule, il est certain qu'il le deviendra ». Les complications septiques sont encore à redouter ; tout l'organisme peut ressentir la pernicieuse influence de cette affection terrible.

Dans l'espoir de voir survenir la guérison spontanée, toute la vie sociale lui est rendue difficile ; les douleurs et les souffrances empoisonnent la vie du malade et « plus tard on pourra peut-être intervenir, mais la guérison est alors moins sûre, car la tuberculose guidée par un génie malin portera ses ravages ailleurs ! » (Cousin). S'il en est ainsi, pourquoi ne pas attaquer le mal dans sa racine ? Pourquoi attendre ses funestes effets ? On ne comprend pas en effet dans quelle idée on veut imposer au patient la triste nécessité de porter un foyer de suppuration alors qu'une

opération radicale, en même temps qu'elle le débarrasserait d'un organe perdu, lui permettrait de reprendre en peu de temps, sa vie sociale et habituelle. Il faut bien se pénétrer de cette idée que la guérison spontanée est rare même exceptionnelle; si elle doit arriver, on ne sait jamais combien de temps elle mettra à être complète. Dans l'observation X, la guérison paraît être définitive après une longue suppuration. Mais il a toujours persisté une induration très nette de la tête et de la queue de l'épididyme si bien que ces lésions, quoiqu'elles n'aient pas de la tendance à la propagation, ne peuvent-elles pas devenir un jour le point de départ d'une poussée de généralisation aiguë? Dans l'observation XXXI on avait affaire à un enfant et nous ne contestons nullement la possibilité d'une guérison des plus parfaites à cet âge de la vie. Cette même guérison fut encore facilement obtenue chez trois autres enfants, voici la répartition des 26 cas de guérison plus ou moins définitive :

20 après la castration dont 1 mort de lésions pulmonaires ;

2 par suppuration et cicatrisation ;

3 par résolution spontanée ;

1 par fungus ;

Nous voyons donc que la castration en a fourni le plus grand nombre et nous nous demandons ce que seraient devenus ces opérés, dont un certain nombre tuberculeux, si on les avait laissés en possession d'une source d'infection ?

Nous ne pouvons pas donner le résumé un peu long de tous les cas dans lesquels la castration fut pratiquée. Il est établi de nos jours que, si même la guérison peut être

la conséquence d'une résolution spontanée ou d'une cicatrisation après la suppuration plus ou moins prolongée, il ne faut pourtant pas se laisser séduire par ces résultats d'ailleurs peu encourageants. La castration plus radicale, plus simple, l'assure mieux que tout autre mode de terminaison. C'est une opération absolument innocente, fort simple et nullement dangereuse.

« Notre abstention, écrit Boursier, est justifiée par les dangers de la castration quand il existe une diathèse tuberculeuse généralisée et par son inutilité lorsque la maladie est localisée au testicule. » On sait combien cette opinion est erronée. Car, lorsqu'il s'agit d'une lésion primitive, la castration, loin d'être une opération inutile remplit au contraire une indication vitale (Kœning). Elle l'est en réalité dans la moitié des cas. Nous n'ignorons pas aussi que, si cette affection reste locale, elle peut à la longue se généraliser et contaminer toute l'économie. Certains auteurs ont prétendu que cette généralisation étant faite avant même qu'on soit intervenu, on n'est pas sûr de guérir radicalement (Dufour). Ce n'est là qu'une pure hypothèse que rien ne justifie; même s'il en est ainsi, et en supposant que le sang charrie des bacilles, n'a-t-on pas droit d'espérer augmenter la résistance de l'organisme, en supprimant un foyer infectieux qui lui fournit constamment des germes doués d'une extrême virulence? Le sang ne peut-il pas devenir stérile, impropre à ensemercer d'autres organes?

Donc chez un individu vigoureux et bien portant, la castration doit être appliquée comme la seule opération de choix; si elle n'empêche pas l'infection de s'accomplir, elle la retarde tout au moins et en diminue la virulence.

Ainsi donc, par l'intervention, on guérit non seulement une affection locale, mais on améliore en même temps l'état général (Mougin). Déjà notre maître M. Poncet¹ avait mis en relief l'influence de la castration sur l'amélioration de l'état général, c'est ainsi qu'il a constaté, chez ses opérés, une augmentation sensible du poids du corps.

Lorsqu'on a affaire à un individu chez qui l'affection, quoique localisée au testicule ou à l'épididyme, se complique de la tuberculose viscérale, notamment du poumon, la castration n'est pas pour cela contre-indiquée. Huit fois, elle fut pratiquée chez des tuberculeux pulmonaires; chez aucun de ces malades l'opération n'a donné ce coup de fouet qu'on a tant redouté (Bouisson, Verneuil). Par contre, les lésions pulmonaires ont même rétrogradé après l'exérèse totale du testicule. L'observation XXV est des plus typiques. Il est vrai que beaucoup de ces opérés n'ont pas été revus plus tard; mais on peut se baser sur les premières constatations pour affirmer son innocuité sur l'état général et pulmonaire. Dans l'observation XXXIX, après une castration double, et alors que le malade expectorait abondamment, n'est-il pas étonnant de constater une amélioration aussi rapide et aussi sensible survenir dans l'état de l'opéré. « La santé est bien meilleure, dit-on et le malade a considérablement gagné en poids. » N'oublions pas de noter que, dans les crachats, on avait trouvé des bacilles.

Son influence sur l'évolution de la tuberculose viscérale est plutôt bienfaisante (Velpeau, Cadeau, Martin de Genève, Volkmann, Richet, Terrillon, Poncet, Reclus)

¹ Poncet, *Lyon médical*, 1877.

Schurrer de Nancy, dans une statistique portant sur deux mille opérés, démontre le résultat heureux de l'intervention chez les phtisiques.

La récidive a été observée quatre fois après la castration. Elle est inévitable surtout si l'on n'est intervenu que tardivement. Cette récidive, qui ne dépend nullement de l'intervention, est plus ou moins rapide dans son apparition ; c'est ainsi que dans l'observation XXI, son apparition est presque simultanée. Deux de ces opérés sont tuberculeux ; dans l'observation XXXIII, les ganglions sont déjà engagés. Nous ne sommes pas étonné que chez ces malades la castration n'ait pu enrayer la généralisation. Ces quelques insuccès qui ne dépendent que du mauvais état général du sujet et sans doute aussi de l'application tardive de l'opération, ne doivent pas nous décourager. L'existence d'une tuberculose viscérale ne crée pas une contre-indication (Poncet) ; car chez les tuberculeux au premier degré, en supprimant un foyer d'infection, on triomphe d'une infirmité, d'une suppuration qui nécessite des pansements fréquents, une antisepsie rigoureuse seule capable de mettre à l'abri des complications plus ou moins graves ; on prévient l'affaiblissement, la déchéance, et l'on augmente la résistance de l'organisme contre la lésion pulmonaire qui, peut-être même sous l'influence d'un traitement général, finira par recéder et disparaître.

Pourtant, chez les phtisiques avérés, tuberculeux à la deuxième ou troisième période, l'affection testiculaire perd de son importance à côté des lésions plus graves qui menacent autrement la vie. Chez eux, la castration n'est plus qu'une intervention palliative, pratiquée soit pour

procurer le peu de soulagement, soit pour obtempérer à la dernière volonté du moribond qui voit en elle une dernière lueur d'espérance (obs. XXI).

Dans l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë, compliquant la phtisie ou la granulie aiguë ou encore la méningite aiguë, il faut également s'en abstenir. Chez ces malades, l'infection se généralisant d'emblée à tous les organes, l'opération ne vise aucune indication. La mort est l'issue fatale.

Lorsque le canal déférent, la prostate et les vésicules séminales sont plus ou moins altérés, on ne doit pas reculer devant la castration qui ne hâte ni provoque la suppuration de ces organes (Terrillon). Ces différentes parties de l'appareil génital sont souvent prises et voici du reste le chiffre approximatif :

Cordon pris.	2 fois.
— et prostate	3 —
— prostate et vésicules séminales.	2 —
Prostate seule	2 —
— et vésicules séminales . . .	1 —
Vésicules séminales	3 —
— et cordon	1 —
Examen négatif	12 —
Résultats inconnus.	12 —

Reconnaissant toutefois que le point de départ de ces altérations réside dans le testicule et l'épididyme, nous comprenons fort bien qu'en supprimant ces derniers, on puisse en amener la résolution et la rétrocession. Les bacilles se cantonnent dans la prostate et après l'ablation du testicule, perdent leur vitalité de façon à ne plus pouvoir produire des lésions nouvelles. Ce fait a été constaté

une fois dans l'observation XXVII. C'est en effet un cas des plus remarquables qui met en évidence la dépendance des lésions prostatiques, avec l'affection de l'épididyme, et la possibilité de leur résolution par la suppression de cette dernière. On y note en effet que « la prostate fort altérée à l'époque où la castration fut pratiquée est aujourd'hui (trois mois après) moins volumineuse et semble avoir recouvert son volume normal. Il y a eu donc rétrocession certaine de l'envahissement tuberculeux ». Sans doute, le succès opératoire serait plus brillant si l'on pouvait intervenir avant même que l'infection ait eu le temps de se propager au cordon et à la prostate, mais le plus souvent on intervient à une époque plus ou moins reculée du début, étant donné la marche extrêmement rapide de la lésion qui dans un espace de temps très restreint aboutit à la suppuration et sans que le malade soit prévenu de cette issue fatale.

S'agit-il d'une épididymo-orchite tuberculeuse double, les indications d'une castration bilatérale sont subordonnées à l'étendue et à la profondeur des lésions. En tenant compte de l'altération possible des organes placés intermédiairement, certains auteurs proscrivent formellement l'ablation de deux testicules.

Pour eux, l'opération ne remplit pas la condition capitale, à savoir, la suppression de toute la partie affectée. Nous avons vu aussi que Bardenheur croyait à l'intégrité des parties intermédiaires; en effet, les deux testicules étant pris simultanément d'une infection d'origine hémotogène, il est possible que le cordon, la prostate ou les vésicules séminales puissent être trouvés intacts tout au moins au début. La castration double a été pratiquée par

Mollière, Taylor, Barling. Les cas de ces deux derniers sont absolument typiques. L'affection s'étant déclarée simultanément de deux côtés, il serait bien difficile d'admettre que l'un des deux côtés soit pris consécutivement à la lésion première. La prostate est saine dans l'observation XXXIX; on n'en parle pas dans l'observation XXXVIII. En supposant même qu'elle soit altérée, on n'est pas autorisé à en déduire que l'infection a dû passer par là avant d'atteindre l'autre glande.

En présence d'une double lésion, il faut donc tenir grand compte de l'état des organes intermédiaires. Nous ne conseillons pas toujours la castration bilatérale et cela, non pas pour son inefficacité, mais plutôt pour la conséquence que peut avoir cette opération sur l'organisme et sur la nutrition. Le malade restera juge, en dernier ressort, de la nécessité de l'opération. En effet, dans certains cas, on peut se contenter de n'enlever qu'un seul testicule et l'on s'efforcera de pratiquer du côté opposé, une ou plusieurs opérations, s'il y a lieu, conservatrices.

Nous faisons pourtant remarquer que ce ne sont pas des considérations d'ordre moral, ni la préoccupation de conserver au malade un « testicule moral » qui doivent arrêter la main du chirurgien à pratiquer la castration double. Il faut plutôt tenir compte du rôle important que semblent avoir les glandes séminales, comme la glande thyroïde, sur la nutrition générale, par ses sécrétions internes qu'elles déversent dans l'économie et dont les travaux physiologiques modernes tendent à démontrer l'importance.

Il nous reste maintenant à préciser l'époque à laquelle on doit intervenir. Les chirurgiens se divisent en deux camps.

Certains chirurgiens avec Tilleaux, Richet, Labbé, Reclus, Osborn, attendent la période de la suppuration. Velpeau n'admettait la castration que lorsque « le testicule était tellement détruit par la fonte du tubercule, tellement criblé d'ulcères et de fistules qu'il n'y a plus moyen d'espérer la cicatrisation sans remplacer le tout par une plaie franche ».

D'autres, avec Nélaton, Mollière, Berger, Bruyant, Poncet, préconisent la castration hâtive dès que le diagnostic sera établi. M. Poncet s'exprime du reste en ces termes : « A moins de contre-indications relevant de la diffusion de la tuberculose génitale et de la localisation des lésions dans d'autres organes, le traitement de choix est la castration hâtive. » (Villard.)

Convaincu de la possibilité de l'infection qui se fait de proche en proche, nous conseillons avec notre Maître, la castration hâtive. Le résultat de l'opération dépendant de la localisation de la lésion, en intervenant au début, ou à une époque très rapprochée du début on se propose d'attaquer le mal avant qu'il ait eu le temps de s'étendre. La guérison est plus rapide et plus sûre. A Lyon, cette ligne de conduite a toujours été suivie ; les résultats éloignés la justifient amplement. D'ailleurs la divergence d'opinion ne tient qu'à l'habitude et à la disposition d'esprit. Nous conseillons ne pas attendre et perdre son temps par l'emploi de petits moyens trop insuffisants, et, comme le dit Terrillon, « c'est au foyer primitif qu'il faut s'attaquer sans retard, sans perdre son temps en demi-mesures. Il faut opérer et opérer vite ». La castration est, sans aucun doute, l'opération de choix dont les résultats brillants surpassent ce qu'on croit obtenir

par la cautérisation ou la résection. Du reste, ce n'est pas sans regret que le malade, effrayé par les progrès foudroyants de la maladie que rien n'arrête, portera un organe qui ne lui procure que des souffrances. Le consentement du malade est facile à obtenir. D'ailleurs, il finira par céder à l'apparition de la suppuration. Il ne faut pas attendre, si c'est possible, ce dernier moment ; car l'opération a d'autant plus de chance de réussir qu'elle sera appliquée d'une façon hâtive. Nous conseillons donc pour tous les cas d'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë, la castration hâtive comme la seule opération de choix, plus simple, plus efficace en même temps plus radicale et moins dangereuse.

CHAPITRE VII

Observations.

OBSERVATION I (Duplay, *Union médicale* 1860.)

P. B. vingt-quatre ans, fondeur en cuivre. Entré le 20 janvier 1860 (service de Denonvilliers). Mère morte phthisique, manifestations scrofuleuses dans l'enfance, tempérament lymphatique. Poumons sains. Orchite tuberculeuse droite ayant débuté sans cause il y a six semaines. Tumeur lisse, douloureuse à la pression. On ne distingue pas le testicule de l'épididyme. Pas de liquide dans la vaginale. Cordon sain. Rien au testicule gauche. Diagnostic : tuberculisation à marche aiguë. Le 9 février, les douleurs augmentent, des adhérences et des bosselures se font, fluctuation. Ponction au bistouri. Issue du pus granuleux et mal lié. Ecoulement séro-purulent par la fistule. Induration profonde du testicule, noyaux indurés à la tête de l'épididyme. Cordon sain. Le malade sort et reprend son travail. L'état reste le même (12 mars).

OBSERVATION II (Duplay.)

H. Ch... vingt ans, menuisier. Entré le 9 janvier 1860 (service de Denonvilliers.)

Père mort phtisique, sœur a eu des hémoptysies. Tempérament lymphatique, le malade n'a rien de caractéristique aux poumons.

Il y a huit jours, début d'une orchite droite avec phénomènes inflammatoires aigus. Pas de liquide dans la tunique vaginale. Le testicule et surtout l'épididyme augmentés de volume forment une tumeur lisse. Le canal déférent, volumineux, induré et douloureux. Diagnostic : épididymite aiguë (12 sangsues sur le trajet du cordon, cataplasmes.)

L'induration et le gonflement du testicule persistent, le canal déférent gros et dur (frictions mercurielles, cataplasmes). Du 10 au 20 janvier, apparition d'un léger épanchement, augmentation du volume de la tumeur. Ponction à la lancette, il sort 20 grammes d'un liquide citrin. On sent mieux la tumeur qui est toujours lisse, indolente, légère saillie à la tête et à la queue de l'épididyme. Diagnostic : Orchite chronique (iodure de potassium, mictions mercurielles, cataplasmes). Les jours suivants, des adhérences se montrent, au niveau de la queue de l'épididyme. Prostate douloureuse et indurée. On diagnostique une lésion tuberculeuse (huile de foie de morue, pommade iodurée). La tumeur se ramollit, devient fluctuante. Ponction au bistouri, évacuation du pus granuleux peu abondant. La fistule persiste.

18 mars, le malade sort dans le même état : masses dures dans le testicule et l'épididyme.

OBSERVATION III

(Dolbeau et Peyrot *in th.* Reclus.)

X... âgé de trente ans. Santé excellente. Pas d'antécédents héréditaires. Blennorragie ancienne. Pas de syphilis.

Orchite tuberculeuse droite accompagnée de maux de reins et de quelques nausées. Diagnostic : orchite aiguë traumatique (traitement antiphlogistique). La tumeur continue à augmenter de volume, trois semaines après, elle est grosse comme un œuf de dinde. Le testicule et l'épididyme, pris tous les deux, constituent

une masse de consistance assez ferme et homogène. Pas d'épanchement dans la tunique vaginale. Compression. Pas d'amélioration.

En février, elle est plus volumineuse. Le scrotum un peu adhérent à la partie supérieure, elle est lisse, mais de consistance moindre en avant et en bas. Cordon sain, la vésicule séminale droite un peu gonflée et dure. Diagnostic : encéphaloïde à marche rapide, testicule syphilitique, iodure de potassium. La tumeur évolue. La fluctuation apparaît au deuxième mois, le scrotum devient adhérent dans toute sa partie antérieure, castration, ligature en masse du cordon. Cicatrisation rapide et complète à la partie supérieure de l'incision où la suppuration continue au fond d'un petit puits pendant trois mois. La guérison se maintient pendant un an et demi. En 1875, le côté gauche se prend. Tout l'épididyme est atteint, la lésion reste stationnaire. Régime tonique, état général bon. Les poumons ne furent pas auscultés.

OBSERVATION IV (G. Reclus).

P. H... trente-cinq ans, jardinier, santé douteuse, traité pour un mal de Pott, avec abcès par congestion.

Tuméfaction rapide et douloureuse du scrotum à droite (27 avril), le lendemain, l'épididyme volumineux, constitue seul toute la tumeur. Pas d'épanchement vaginal, testicule normal, scrotum rouge, mais mobile, épididyme tuméfié surtout à la queue, lisse et homogène. Prostate sensible et douloureuse.

Au dixième jour, poussée nouvelle, production de l'épanchement, adhérences du scrotum. Collection purulente. A l'incision (trente jours après le début), il s'écoule une quantité assez considérable de pus crémeux au milieu duquel existent de petits grumeaux de sang noir et coagulé. Ecoulement séreux par la fistule. La tumeur reste la même, des bosselures nouvelles se forment. Etat général mauvais, signes de tuberculose. La fistule persiste, testicule gauche sain, affaiblissement, mort en deux ans. Pas d'autopsie.

OBSERVATION V (Reclus).

G. J... vingt-huit ans, valet de chambre, santé douteuse. Pas d'antécédents, rien aux poumons.

15 novembre 1874, douleurs vives irradiées dans le cordon, tuméfaction rapide. Orchite gauche se déclare avec des phénomènes inflammatoires et des phénomènes généraux. Repos au lit. Un mois après, ouverture d'un abcès à droite, induration de la tête de l'épididyme, à gauche; deux fistules, épanchement assez abondant. Tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, épididyme dur et bosselé, le testicule difficile à sentir. La prostate est légèrement tuméfiée et douloureuse. Castration, guérison dans dix-huit jours. Persistance du noyau à la tête de l'épididyme droit.

OBSERVATION VI (Reclus).

B. Y... trente-deux ans, charretier, sans antécédents, mais a eu la pleurésie, il est tuberculeux commençant. 10 janvier, orchite droite par des douleurs vives, continues, sous-irradiations. Tuméfaction rapide au deuxième jour, scrotum mobile. Epanchement vaginal, masque le testicule, épididyme dur, régulier, incolore, déborde le testicule.

Cordon gros, monoliforme. Prostate dure, irrégulière, surtout à droite.

Le malade quitte bientôt l'hôpital.

OBSERVATION VII (Reclus).

M. M.,., vingt-cinq ans. Santé satisfaisante jusqu'en 1879. Fièvre typhoïde, bronchite et pleurésie. Tuberculose pulmonaire suspecte. Orchite gauche provoquée par un choc violent. Tuméfaction rapide et considérable, elle atteint le volume du poing.

Traitement antiphlogistique. En janvier, apparition de saillies, ouverture spontanée, fistule. Sous l'influence des excès vénériens, réapparition des douleurs et écoulement urétral avec légère cuisson. Pas de liquide dans la tunique vaginale. La tumeur dure et sphérique. Cordon gros et monoliforme. Prostate dur, volumineux vésicules séminales indurées, bombées surtout à gauche. Mort par tuberculose pulmonaire. Tout l'appareil génital est atteint. Les lésions semblent avoir débuté par le testicule pour envahir secondairement l'épididyme, le cordon, la prostate et les vésicules séminales.

OBSERVATION VIII (Reclus)

X..., vingt-sept ans, santé excellente. Il y a un mois, à la suite d'un coup, orchite droite avec phénomènes aigus. La suppuration s'établit par deux fistules. Au sixième mois, la glande gauche se prend à son tour. Epididyme dur, volumineux partout, adhère au scrotum, épanchement vaginal assez abondant à gauche, à peine quelques noyaux dans l'épididyme. Castration.

OBSERVATION IX (Reclus)

B. H..., trente-cinq ans, porteur aux halles, entre dans le service de Verneuil pour une tuméfaction de la bourse droite. Pas d'antécédents, pas de maladies antérieure; tuberculose pulmonaire au début. Douleur vive au testicule droit à la suite d'un effort. Gonflement rapide. La queue de l'épididyme est seule atteinte, elle est dure, douloureuse, le corps légèrement touché. Rien à la prostate, ni aux vésicules séminales, diagnostic : orchite blennorragiques. Poussée nouvelle huit jours après; douleurs intenses avec irradiation dans le codon. Le canal déférent se prend; épanchement vaginal. La tumeur grossit; la tête de l'épididyme se prend, bosselures au niveau du corps. Le canal déférent semble transformé en baguette rigide facilement cassable. Le lobe droit de la prostate volumineux et douloureux à la pression.

OBSERVATION X (Reclus).

C. L..., vingt-trois ans, charcutier, offre des antécédents personnels morbides. Il a le sommet gauche suspect. Blennorragie il y a trois ans.

Pendant le cours d'une nouvelle atteinte de blennorragie se déclare une orchite gauche. La tuméfaction est rapide et la douleur vive. Fluctuation au vingtet unième jour; adhérences du scrotum aux masses profondes. Ponction, écoulement d'un pus bien lié. L'ouverture se ferme, guérison, persistance d'une induration au niveau de la tête et de la queue de l'épididyme. Les lésions sont les mêmes (trois mois après). Rien à droite. Pas de poussées nouvelles.

OBSERVATION XI (Chenet *in th.* Reclus).

A. L..., dix-sept ans, homme de peine, mais jouissant d'une excellente santé. Invasion brusque sans cause du testicule gauche par des douleurs vives. La tumeur acquiert son volume double le lendemain et reste depuis stationnaire. Scrotum tendu, adhérent; le testicule et l'épididyme forment une masse unique, cordon sain, Rien à la prostate, résolution spontanée après quelques jours. Le noyau épididyme droit disparaît à la longue; à gauche la masse unique, quoique considérablement diminuée de volume, persiste toujours, consistance dure. Amaigrissement notable. Poumons sains.

OBSERVATION XII (Reclus).

M. A..., quarante-sept ans, chanteur ambulant, a eu des bubons suppurés, un abcès froid de la région dorsale; blennorragies répétées, ophtalmie blennorragique ayant causé la perte de la vision. Le testicule droit fut pris sans cause de phénomènes

d'orchite aiguë. Le scrotum tendu, rouge. Le testicule et l'épididyme forment une masse unique. Epanchement dans la tunique vaginale. Cordon dur, douloureux. Rien à la prostate ni aux vésicules séminales. Soulagement immédiat par application de mouchetures; mais à cet endroit se forme un abcès, élimination des masses glandulaires. Constitution d'un fungus. Incision. Un nouvel abcès se forme. Le fungus se reproduit. Guérison complète après élimination totale de la masse glandulaire.

OBSERVATION XIII (Chenet *in* Reclus).

L. G..., trente-cinq ans, serrurier, offre les signes de tuberculose pulmonaire suspecte. Il y a trois semaines, tuméfaction brusque et douloureuse du scrotum droit. Un abcès s'ouvre spontanément. Epididyme dur, indolore, volumineux et bosselé en un point. Scrotum adhérent, large ulcération. Testicule sain. Rien à la prostate. Vésicule séminale droite légèrement douloureuse, ainsi que le col de la vessie. Troubles urinaires, douleurs à la miction. Pas de phénomènes généraux.

OBSERVATION XIV (Bouisson).

Homme de vingt-huit ans, enfance misérable, manifestations habituelles de la scrofule; adolescence sans accident.

A vingt-cinq ans, après excès de travail et de coït, orchite tuberculeuse avec abcès multiples du testicule droit. La guérison fut longue à obtenir.

Quelques mois après, le testicule gauche se prend à son tour de la même manière. En dépit du traitement, les abcès persistent et on finit par pratiquer la castration.

Mais la plaie opératoire était à peine cicatrisée que surviennent d'autres accidents, attribués par Bouisson à cette castration, qu'il qualifie d'importuns. Nouveaux abcès du testicule droit. Diverses caries osseuses, tumeur blanche tibio-tarsienne droite, qui ne

cèdent qu'à un traitement anti-scorofuleux énergique et continué pendant plus de deux ans.

OBSERVATION XV (Desmet ¹).

P... (Jean), manœuvre. Entré le 28 octobre 1880. Père et deux frères morts accidentellement ; mère morte d'une affection pulmonaire après avoir toussé deux mois ; deux sœurs succombées en bas âge. Pas de maladies antérieures, si ce n'est qu'une urétrite suivie d'orchite dont il n'aurait jamais guéri complètement. Constitution faible. Signes de lésions suspectes au poumon gauche. Il y a treize mois, orchite tuberculeuse droite, suppuration. Ulcération du scrotum. Le testicule volumineux constitue une tumeur arrondie comprenant en même temps tout le scrotum auquel elle adhère. Deux ulcères dont le testicule forme le fond. Sécrétion purulente abondante. Au niveau du cordon et du raphé médian, deux masses dures sur le point de s'ulcérer. Décollement profond ; le stylet, introduit par l'ulcère, pénètre jusqu'à la racine de la verge. Santé générale n'est pas altérée. L'auteur qui déconseille la moindre intervention et qui considère les ulcères comme un émonctoire favorable ainsi que le testicule comme agent dérivatif pour introduire par cette voie des agents utiles à l'organisme tout entier, prescrit un traitement réparateur azoté, l'huile de foie de morue, tisane amère, embrocations iodées, sulfate de quinine, régime animalisé, exercices et promenades au grand air. Deux mois après amélioration, les forces reviennent. On espère la cicatrisation prochaine des ulcères qui ont meilleur aspect.

OBSERVATION XVI (*in* th. Bernay ²).

Joseph D. ., cuisinier, trente-cinq ans, entre le 8 janvier 1870, dans le service de Desgrange. Rhumatisme en 1837 et hémiplégie droite ayant duré deux ans (1866).

¹ Desmet, *Presse méd. belge*, Bruxelles, 1880.

Bernay, thèse de Lyon, 1880

Le 18 août en chaussant sa bottine, il casse le tirant et se frappe du poing le testicule gauche qui, le soir même, présentait les symptômes d'une orchite. Deux mois après, nouveaux symptômes inflammatoires et formation d'un abcès qui fut ouvert. Il persiste une fistule. La tumeur régulière, ovoïde, du volume d'un gros œuf de poule, formée par la fusion du testicule et de l'épididyme. Pas d'adhérences du scrotum. L'état général est bon. Rien au cordon.

25 avril. — Castration, ligature isolée des artères du cordon, suture entortillée.

22 mai. — Cicatrisation complète, le malade sort guéri et entre le 10 juin 1871 pour une orchite droite évoluée pendant deux jours. Hydrocèle, engorgement considérable du testicule et de l'épididyme. Abcès en voie de formation. Rien au cordon, ni dans les fosses iliaques. Castration. Le 9 août, il part pour Longchêne.

OBSERVATION XVII (Bernay).

Anatole F..., soixante-dix ans. Orchite tuberculeuse. Hypertrophie de la prostate. Fièvre urétrale. Nombreuses ponctions de l'abcès. Amélioration de l'état local. Marasme sénile. Le malade sort de l'hôpital le 8 juillet 1878, et meurt chez lui six jours après.

OBSERVATION XVIII (Bernay).

Pierre-Ferdinand G..., père de la Trappe, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse le 30 novembre 1876 pour une orchite tuberculeuse. Castration. Ligature isolée des vaisseaux du cordon avant l'ablation. Guérison rapide.

Septembre 1879. — Le malade sort de la Trappe pour se marier, il se trouve actuellement bien portant.

OBSERVATION XIX (Bernay).

Pierre V..., vingt et un ans, jardinier. Entré le 25 mai 1876

(service de D. Mollière). Pas d'antécédents héréditaires, ni maladies antérieures. Sous l'influence d'un coup, augmentation rapide et douloureuse du volume du testicule gauche. Formation d'abcès. Castration. Ligature isolée des vaisseaux du cordon (28 mai).

20 septembre. — Cicatrisation complète. Un an après, récurrence à droite. Abcès. Suppuration abondante par cinq trajets fistuleux qui s'oblitérent en 1879. Testicule sain. L'épididyme forme en bas et en arrière, un demi-anneau de la grosseur du pouce ; consistance dure ; saillies mamelonnées. Cordon dur, bosselé. Du côté opéré, guérison parfaite, cordon normal. Rien aux poumons. Érections fréquentes, mais de courte durée.

OBSERVATION XX (Bernay).

Benoît G..., trente-neuf ans, charcutier, entre le 17 décembre 1878 (service de D. Mollière). En juin 1876, orchite aiguë droite, ouverture d'un abcès. Nouvel abcès en 1878. Les mêmes phénomènes se reproduisent encore six mois après. Le testicule droit se prend à son tour.

Pas d'antécédents héréditaires, ni de maladies antérieures. Castration double (décembre 1878). Cicatrisation complète (janvier). Un an après, le sujet est gros, gras, bien portant, a toujours des érections, mais de courte durée.

OBSERVATION XXI (Bernay).

Joseph C.... quarante-neuf ans, mineur. Tousse depuis septembre 1878. Les deux testicules sont pris. La tumeur gauche s'est développée très rapidement puisqu'elle ne date que de trente jours. Castration. Quelque temps après, l'affection pulmonaire empire. Le malade a pris froid. Poussée aiguë à droite. Castration *in extremis* pour obtempérer au désir du malade. La douleur disparaît, la plaie guérit, mais le malade ne tarde pas à succomber de sa lésion pulmonaire.

OBSERVATION XXII (Hugonnet).

G... (Pierre), sapeur-pompier, entre le 3 mai 1877 (service de Gosselin). Pas de maladies antérieures ; bonne santé habituelle. Orchite tuberculeuse traumatique droite à la suite d'une chute sur une barre de fer. Deux mois après, un abcès s'ouvre à la partie supérieure et externe de la bourse droite. Formation d'une fistule par où s'écoule un pus séreux jaune clair. Le scrotum sillonné par des veines saillantes est déprimé tout autour de l'orifice fistuleux. Tumeur piriforme lisse à extrémité inférieure ramollie, et dont l'extrémité supérieure non fluctuante est excessivement douloureuse. Rien au testicule gauche. La vésicule séminale droite indurée mais indolore. Rien à la prostate et à la vessie. Les autres appareils absolument sains.

OBSERVATION XXIII (Gibier).

Orchite droite suppurée (1874). Ouverture de l'abcès. Guérison en 1878. Le testicule gauche se prend à son tour avec des phénomènes inflammatoires aigus. Douleurs à la miction. Un peu d'hématurie. Le lobe gauche de la prostate est bosselé et volumineux. Poumon sain (huile de foie de morue, capsules phosphorées). Un abcès s'ouvre, mais il est indépendant de la collection que l'on sent à la partie inférieure de la tumeur. Signes de lésions suspectes au poumon droit. Castration (12 avril 1880). La guérison s'effectue rapidement. L'état général du malade est beaucoup plus satisfaisant.

OBSERVATION XXIV (Péan *in th.* Bastide, 1888).

Fayet, A..., soixante-six ans, nacrier, entre le 21 décembre 1881 à l'hôpital Saint-Louis. Depuis deux mois et demi, ténésme vésical, miction plus fréquente. Sensibilité douloureuse du canal pendant le passage d'urine. Pas d'hématurie, pas de blennorrhagie.

Le 15 décembre 1881, début d'une orchite aiguë gauche spontanée suivie de ramollissement et d'ouverture d'un abcès. Issue de matière caséeuse; la fistule persiste et s'ulcère dans l'étendue de 2 centimètres. Le testicule et l'épididyme sont confondus et forment une tumeur ramollie, fluctuante, sauf à l'extrémité inférieure où l'on trouve un noyau du volume d'amande, consistance ferme, cordon monoliforme. Rien au testicule droit. Rien dans la prostate et les vésicules séminales. Pas de pus dans les urines. Castration (janvier 1882), section du cordon au-dessus de la partie saine. Drainage, légère suppuration. Guérison, sortie (9 février).

OBSERVATION XXV (Monod, *in* Bastide).

Jeune malade atteint d'orchite tuberculeuse suppurée avec de nombreux abcès sur le scrotum. Lésions pulmonaires douteuses. Prostate et vésicules séminales saines. Castration. Traitement général énergique. Amélioration rapide de la santé, séjour à la campagne. Huit mois après, la bonne santé se maintient. Le malade a engraisé. Pas de manifestations pulmonaires.

OBSERVATION XXVI (Duplay, *in* th. Chenau).

L. A..., trente-cinq ans, profession de metreur, entré en février 1880 pour une tumeur du testicule droit (service de Triélat). Manifestations scrofuleuses dans l'enfance. Toux et amaigrissement depuis quelques mois. Il y a trois semaines, débute une orchite aiguë sans cause connue. Douleur vive, tuméfaction rapide sans phénomènes inflammatoires. Le scrotum est un peu rouge, non adhérent. Tumeur du volume du poing, lisse, molle, douloureuse à la pression, surtout au niveau du cordon. Rien à droite. La prostate et les vésicules séminales correspondantes augmentées de volume. Poumon gauche suspect de tuberculose. La tumeur augmente de volume. Amaigrissement. Castration, ligature en masse du cordon (11 mars).

OBSERVATION XXVII (Faure, Soc. anat. 1888).

D. H.,., vingt-trois ans, constitution robuste, pas de maladies antérieures. Père et oncle mort tuberculeux. Mère, frères et sœurs bien portants. Douleurs et tuméfaction rapide au testicule droit (janvier). Tumeur irrégulière avec de larges bosselures, abcès profond prêt à s'ouvrir. Condon sain. Les deux lobes de la prostate pris, saillants et durs. Le testicule et l'épididyme forment une masse unique bosselée. Phénomènes d'accroissement rapide. Castration par Verneuil. Sorti avant cicatrisation complète. En décembre 1888, amaigrissement léger. Poumons sains. Il rentre pour tumeur blanche du genou déjà constatée. Marié trois mois après, sa femme est enceinte. La prostate fort altérée a recouvré son volume normal.

OBSERVATION XXVIII (Gombaudo).

M. Victor L..., vingt-six ans, demeurant à Ciredon, près la Rochelle, a présenté à dix-huit ans (1882) une infiltration tuberculeuse du testicule droit, avec trois ouvertures fistuleuses et fongosités. Castration. Guérison. Depuis cette époque, n'a pas eu d'autres manifestations tuberculeuses (février 1890).

OBSERVATION XXIX (Jullien).

Y. Z..., trois ans et demi. Père mort phtisique en 1887. Mère saine. Testicule droit non descendu. Côté gauche, début en janvier 1887 par rougeur, gonflement du volume d'une prune, adhérence du scrotum, cordon gros comme une plume d'oie, vésicule séminale gauche plus volumineuse. Revu en 1889, très bien portant, gros et vigoureux, le testicule gauche à le volume d'une olive, épididyme gros, mais sans nodosité ainsi que le cordon. Jamais d'élimination ni d'ulcération.

OBSERVATION XXX (Jullien).

J. E..., trois ans. Père et mère sains. Il y a un an et demi, tuméfaction aiguë du testicule gauche, déterminé par un traumatisme? Le testicule et l'épididyme forment une tumeur lisse comme une œuf de pigeon. Pas d'hydrocèle, cordon gros et résistant sans nodosité (1887). Deux ans après, résorption totale de l'organe et de l'infiltration. Pas de trace du testicule, jamais d'élimination. Le cordon se perd dans un tractus sans nodosité.

OBSERVATION XXXI (Jullien).

A. F..., trois mois. Absès tuberculeux du tibia, coxalgie. Fut malade dès les premiers mois après la naissance, marche très rapide. Deux absès, l'un à droite l'autre à gauche, s'ouvrirent et suppurèrent au troisième mois, cicatrices déprimées et adhérentes au testicule, tant à droite qu'à gauche.

OBSERVATION XXXII (Jullien).

P. M..., douze ans et demi. (Pris au début pour une orchide par effort). Côté gauche. Début brusque aigu, rougeur du scrotum au bout de huit jours. La tuberculose est certaine.

OBSERVATION XXXIII (Hutinel-Deschamps).

Isidore M..., dix ans et demi, entré 27 mars 1890. Père asthmatique, mère morte de tuberculose aiguë. Un frère rachitique succombe d'affection pulmonaire. Bonne constitution générale. Fluxion de poitrine à sept ans, dont il a bien guéri. Il y a huit jours, début d'un orchite gauche dans le cours d'une diarrhée intense. Le scrotum rouge infiltré non adhérent. Masse dure,

légèrement bosselée, douloureuse avec renflement lisse à sa partie antérieure. Pas de liquide dans la tunique vaginale. Rien au cordon et à la prostate. Quelques ganglions inguinaux durs, indolents, quelques ganglions axillaires, pas d'adénopathie dans la fosse iliaque. Poumon droit suspect. Traitement antiphlogistique. Castration (2 mai). Cicatrisation complète. Récidive locale à l'extrémité du cordon. Ganglions volumineux dans la fosse iliaque gauche et à la région inguinale. État général mauvais, amaigrissement. Généralisation. L'enfant part en convalescence (25 juin).

OBSERVATION XXXIV (Hutinel).

R... (Gustave), trois ans et demi. Pas d'antécédents héréditaires. Plusieurs maladies antérieures. Amaigri, pâle, facies tuberculeux. Poumons suspects. Péritonite, abdomen volumineux, tendu, sensible. Température élevée (40 degrés), augmentation de volume de l'abdomen, gêne de la circulation ; œdème du prépuce et des bourses (2 mars) surtout à droite, douleur à la pression. Epanchement notable dans la vaginale. L'infiltration des parois, épидидyme droit, dur, inégal, bosselé, volumineux trois fois. Cachexie (18 avril). Résolution partielle des lésions épидидymaires. Mort par accidents méningitiques (21 mai). Tuberculose généralisée et noyaux caséux à l'épididyme.

OBSERVATION XXXV (Hutinel).

L... (Joseph), six ans. Constitution maigre, élevé par sa mère morte il y a trois ans. Phénomène de péritonite, signe de ramollissement au poumon gauche, le droit également lésé. Foie gros, ganglions inguinaux, axillaires et cervicaux durs, tuméfiés, testicules indemnes. 27 mars (dix jours après) œdème des bourses, testicule gauche gros et douloureux. résolution légère, tuméfaction persiste au testicule qui reste inégal, sensible. Etat général mauvais. Diarrhée et vomissements. Amaigrissement. Mort le 13 mai.

OBSERVATION XXXVI (Hutinel).

D..., Eugène, treize ans. Pas d'antécédents. Induration du poumon gauche. Péritonite. Le côté droit se prend deux jours après, délire, épanchement du poumon gauche, testicules douloureux et volumineux, œdème des bourses. Etat général mauvais, légère résolution. Ascite, œdème des bourses. Hydrocèle double. Mort par généralisation, granulations miliaires au poumon gauche, péritoine, méninges.

OBSERVATION XXXVII (Terrillon).

M. V..., quarante ans, tuberculose aiguë du testicule gauche, débutée il y a deux mois. Pas d'épanchement dans la vaginale, pas d'adhérence du scrotum. Testicule gros, très douloureux, du volume d'un œuf d'oie, sans bosselures. Epididyme absolument intact ainsi que le cordon. Prostate et vésicules séminales saines. Rien à droite. Traitement ioduré. Aggravation des symptômes. Diagnostic, tumeur maligne à marche rapide (?). Castration. Amélioration rapide, bon état général se maintient trois ans après.

OBSERVATION XXXVIII (Taylor, *in th.* Rozier).

J. B..., quarante-deux ans, entré le 28 décembre (Charity-Hospital), mère et trois frères et sœurs morts phthisiques. Tuberculose pulmonaire suspecte. En septembre, le testicule droit devient douloureux et grossit (contusion ?). Le côté gauche se prend à Noël, abcès ouvert, quinze jours après, un autre abcès s'ouvre à droite. Régime reconstituant, suppuration abondante, castration double. Amélioration rapide. Santé générale meilleure. Le malade a gagné en poids. Bacilles dans les crachats.

OBSERVATION XXXIX (Barling).

X..., trente et un ans. Santé excellente jusqu'au 11 septembre 1891. Quand en faisant un effort violent qui excédait ses forces.

il sentit ses testicules qui se mirent à gonfler en quelques heures. Quand je vis ce malade (cinq semaines plus tard) les deux testicules étaient augmentés de volume, douloureux et très sensibles. Le scrotum était enflammé, œdématié et il y avait un peu de liquide dans chaque vaginale. La température, du type hectique, oscillait entre 39°4 le soir et une température normale ou subnormale le matin. Les autres parties s'étendant vers le bas-fond de la vessie étaient saines. Il y avait seulement quelques signes suspects de phtisie au sommet droit. Quelques semaines plus tard, la température ne s'élevait plus le soir qu'aux environs de 37°7, l'état local étant moins aigu, à la fin de la neuvième semaine après le traumatisme, on fit la castration double pour empêcher l'envahissement des autres parties du système génito-urinaire et pour mettre un terme à la gêne et aux souffrances du malade.

Les deux organes, principalement le gauche, étaient considérablement augmentés de volume. Masses caséuses et diffuses, à droite, une granule du testicule est ramollie. Ces lésions sont entièrement limitées aux corps des testicules. Zone fibreuse tout autour. Bacille de Koch dans les préparations. Mais il n'y avait pas de cellules géantes bien définies.

OBSERVATION VII (personnelle).

M. J..., cinquante-neuf ans, concierge, demeurant à Lyon, entre à la clinique de M. le professeur Poncet, le 13 janvier 1894, salle Saint-Martin, numéro 11.

Père mort à quarante ans, mère morte à vingt-cinq ans de suites de couches; une sœur succombée à quarante ans à une affection pulmonaire. Bonne santé habituelle, pas de syphilis, pas de maladies vénériennes. Il est marié et père de deux enfants bien portants, deux autres enfants morts en bas âge (l'un du croup, l'autre de la variole). Le malade s'enrhume facilement et tousse l'hiver.

Le début de l'affection dont il est porteur remonte au 20 décembre 1893. A cette époque, sans cause, ni traumatisme, il ressentit

des douleurs vives dans le testicule droit en même temps que le scrotum devenait le siège d'une tuméfaction subite. Dans les dix jours qui ont précédé cette tuméfaction, le malade avait éprouvé des douleurs dans la région lombaire et dans la cuisse droite. Ces douleurs irradiées ont cessé par l'apparition du gonflement scrotal. Il n'y avait pas d'irradiations douloureuses ni dans le cordon, ni dans la prostate, tout semble limité au scrotum.

La tuméfaction progresse insensiblement, et les douleurs restent stationnaires; mais le 23 décembre, il survint des nausées, des vertiges, des phénomènes généraux fébriles qui obligèrent le malade à s'aliter. Ces phénomènes furent de courte durée, mais au septième jour de la maladie, il s'est formé une saillie à la partie antérieure du scrotum, l'abcès s'est ouvert à l'extérieur par une fistule donnant issue à une quantité considérable de pus, d'un liquide rouge, brunâtre, grumeux, mélangé de sang.

Pas d'hématurie, pas d'écoulement urétral.

A partir de ce moment, les douleurs ont disparu presque complètement, mais la tuméfaction a persisté en même temps que l'écoulement purulent.

C'est le 13 janvier que nous examinons le malade.

Le scrotum est le siège, à droite, d'une tuméfaction du volume d'une orange. La peau lisse, tendue, rouge par place, offre à sa partie supérieure une ouverture fistuleuse tout autour de laquelle le scrotum épaissi, infiltré, donne la consistance molle de tissus ramollis. On fait sortir par pression un liquide séro-purulent, couleur de café. La peau est adhérente dans sa grande partie à la masse profonde. Celle-ci lisse, indolore à la pression, semble être constituée par la fusion du testicule et de l'épididyme qu'il est impossible de séparer l'un de l'autre. Il n'y a ni saillies, ni nodosités. Pas de liquide dans la tunique vaginale. La sensation testiculaire persiste.

Le canal déférent semble plus volumineux que celui du côté opposé, mais on ne sent pas de noyaux sur son trajet, il n'est pas douloureux. Rien du côté des organes urinaires. La prostate et les vésicules séminales sont saines. Pas d'adénopathie. Rien aux poumons. Etat général satisfaisant.

En présence des phénomènes aigus qui ont accompagné l'affection et en l'absence de causes étiologiques pouvant l'expliquer, on a porté le diagnostic de l'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë.

L'opération fut pratiquée le 13 janvier, par M. Poncet. Par une incision de 7 à 8 centimètres, il a enlevé l'organe malade en réséquant une partie du scrotum adhérent à la masse. Suture à fils métalliques. Pansements antiseptiques.

Examen de la pièce. — Par une coupe longitudinale faite à la partie antérieure de la tumeur, on tombe sur un foyer en kysté assez volumineux, contenant du sang coagulé qui forme des grumeaux. L'orifice fistuleux communique directement avec cette cavité, dont les parois très épaisses et sclérosées, ont une épaisseur approximative de 3 millimètres. Il semble qu'elles soient formées aux dépens de la feuillée vaginale.

Le testicule situé à la partie inférieure et dont la surface est cachée par cette même paroi qui lui adhère, conserve son volume et son aspect normal. Toutefois, sur un point voisin de la périphérie, on découvre un petit noyau du volume d'un pois, d'aspect trouble, diffus, donnant la dureté et la consistance d'un noyau néoplasique.

La lésion a son siège principal dans l'épididyme qui, d'une consistance ligneuse, donne à la coupe l'aspect d'un tissu jaunâtre, ramolli par place. La pression fait sourdre un liquide semblable à du pus, dans lequel on a trouvé, à l'examen microscopique, des cellules en voie de désintégration granulo-graisseuse.

Cet examen rapide chargeait complètement notre diagnostic ; un moment, on a cru être en présence d'un cancer du testicule, compliquée d'un hématocele. Mais l'examen histologique a confirmé notre premier diagnostic. Dans plusieurs préparations, nous avons découvert les follicules tuberculeux typiques avec une cellule géante ou simplement constituée par agglomération des cellules épithéloïdes entourées de cellules embryonnaires. Il s'agissait de la forme infiltrée généralisée de la tuberculose.

Quant à la paroi kystique, elle est formée de tissus fibreux dont la surface est recouverte d'un dépôt fibrineux qui forme une

couchée épaisse et remplie de granulations d'hématoïdine. On ne peut dire s'il s'agit de la vaginale épaissie ou d'un tissu fibreux développé aux dépens du tissu conjonctif de la queue de l'épididyme. Il est impossible de distinguer la part qui revient à chacun de ces deux tissus.

16 janvier. — Température, 37°6, matin ; 37°8, soir ; les jours suivants, la température reprend sa courbe normale.

24 janvier. — Réunion par première intention. Pas de suppuration.

27 janvier. — On enlève les fils métalliques. Léger pansement.

5 février. — Le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Nous l'avons vu dernièrement (2 décembre). Il a continué à jouir d'une parfaite guérison. L'état général est meilleur. Le côté opposé reste sain.

CONCLUSIONS

I. Il existe une forme clinique de la tuberculose du testicule et de l'épididyme qui éclate d'une façon brusque avec tous les symptômes d'une orchite franche.

II. Cette épididymo-orchite tuberculeuse aiguë s'observe à tous les âges, plus fréquemment entre vingt à trente-cinq ans (18 fois sur 36 cas). Elle est loin d'être exceptionnelle chez les enfants (10 fois). Les deux côtés en sont atteints à proportion presque égale (18 fois le côté droit sur 15, côté gauche). La lésion peut être bilatérale (4 fois).

III. Elle se déclare la plupart du temps en dehors de toute cause occasionnelle (23 fois sur 31). Le traumatisme, comme d'autres causes d'excitation ou d'irritation locale, ne semble pas jouer un rôle étiologique important. Lablennorrhagie aiguë ou chronique serait une cause prédisposante exceptionnelle.

IV. Elle se complique dans 50 pour 100 des cas de tuberculose pulmonaire. Elle s'observe dans le cours d'une tuberculose aiguë ou chronique et rarement d'une tuberculose miliaire aiguë. Une fois sur deux, elle constitue une affection localisée exclusivement au testicule et à l'épididyme sans grande tendance à la généralisation.

V. Habituellement, le bacille est apporté par la voie sanguine ou lymphatique ; mais jamais l'infection ne peut se faire par la voie génitale à travers le canal de l'urètre à la suite des rapports sexuels avec une femme suspecte de tuberculose utéro-vaginale. Elle peut se faire par inoculation d'un foyer de péritonite tuberculeuse le long du canal péritonéo-vaginal persistant. Enfin, la tuberculose descendante aiguë semble être excessivement rare.

VI. — Le testicule et l'épididyme sont atteints en même temps (29 fois sur 36). Les altérations épididymaires sont presque constantes, mais non absolues. Elles portent indifféremment sur la tête et sur la queue de cet organe sans prédilection marquée pour aucune de ces parties. Il est très difficile, vu la marche envahissante et destructive du processus, d'en déterminer le point de départ exact. L'épididyme est atteint isolément dans cinq cas et le testicule dans deux cas seulement sur trente-six. Quelquefois et quand l'inoculation est faite par le canal vagino-péritonéal, les lésions débutent par la tunique vaginale d'où elles se propagent au testicule, puis à l'épididyme. Les lésions macroscopiques et histologiques se présentent dans l'épididyme toujours à l'état de tubercules crus, caséux ou ramollis, parfois de véritables cavernes, mais non sous l'aspect de granulations grises. Dans le testicule, les gra-

nulations occupent la périphérie; tandis que, dans le corps d'Hyghmore, on trouve des masses crues, consistantes, caséeuses. Le processus est extra-lobulaire dans le testicule et intra-lobulaire dans l'épididyme. Il existe des lésions de pachyvaginalite plus ou moins ancienne. Des granulations grises sont disséminées à la surface de la séreuse. Les altérations du canal déférent de la prostate et des vésicules séminales sont secondaires aux lésions épididymaires. Elles aboutissent rarement à la suppuration. La vessie et le rein restent indemnes.

VII. — Le tableau clinique est identique à celui d'une orchite inflammatoire aiguë. Les phénomènes précurseurs font défaut et la lésion se déclare brusquement et d'une façon spontanée. La suppuration est la règle (33 fois sur 40). Elle arrive de la première à la huitième semaine plus souvent à la troisième semaine. La résolution spontanée ne s'observe que chez les enfants. La fistule persiste longtemps; il peut s'en former d'autres par suite de poussées inflammatoires successives. La cicatrisation spontanée est longue.

VIII. — Le diagnostic, fort difficile au début, ne peut être que soupçonné. La tuberculose doit être prise en sérieuse considération, après qu'on aura éliminé toute cause capable de provoquer une orchite aiguë. Les altérations de la prostate, des vésicules séminales, la formation des bosselures sur l'épididyme, des adhérences sur le scrotum, enfin l'état général du malade, permettent presque à coup sûr d'affirmer le diagnostic. La suppuration et l'établissement d'une fistule ne laissent plus de doute.

IX. — Le pronostic, sérieux, dépend de l'état constitutionnel du sujet. L'infection se généralise de proche en proche par l'intermédiaire du canal déférent à la prostate et aux vésicules séminales, ou d'emblée à tous les organes par la voie sanguine et lymphatique. La tuberculose généralisée aiguë à tout l'appareil génito-urinaire est un fait exceptionnel. Le côté opposé est pris dans un temps plus ou moins long (8 fois sur 40). L'affection y évolue d'une façon lente, parfois rapide comme la lésion première. La mort est la conséquence habituelle des lésions pulmonaires préexistantes ou secondaires (7 fois).

X. — L'épididymo-orchite tuberculeuse aiguë réclame une intervention chirurgicale. La castration hâtive est le traitement rationnel, la seule opération de choix comme plus simple, plus radicale et qu'elle doit être appliquée méthodiquement, dès que le diagnostic pourra être établi. Cette opération doit être considérée comme absolument innocente.

Depuis M. Poncet et de nombreux chirurgiens, l'existence d'une tuberculose viscérale n'est pas une contre-indication à la castration qui supprime un foyer d'infection et triomphe d'une infirmité, d'une suppuration nécessitant des pansements fréquents, une aseptie rigoureuse seule capable de mettre à l'abri des complications plus ou moins graves.

S'agit-il d'une épididymo-orchite tuberculeuse double, les indications d'une castration bilatérale sont subordonnées à l'étendue, à la profondeur des lésions, etc. Le malade restera juge, en dernier ressort, de la nécessité de l'opération. Il va sans dire que, dans certains cas, on

se contentera d'enlever l'organe le plus malade, et l'on s'efforcera de pratiquer du côté opposé une ou plusieurs interventions, s'il y a lieu, conservatrices.

En dehors, en effet, du testicule moral, il faut tenir compte de la sécrétion interne de ces glandes dont les travaux modernes tendent à démontrer l'importance.

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
M. PONCET.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION.	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	13
CHAPITRE II. — Etiologie et pathogénie.	24
I. Etiologie	24
II. Pathogénie	31
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique	38
CHAPITRE IV. — Etude clinique	51
CHAPITRE V. — Diagnostic. Pronostic	59
I. Diagnostic	59
II. Pronostic	64
CHAPITRE VI. — Traitement	70
I. Traitement général	70
II. Traitement local.	71
Castration. Sa valeur	73
CHAPITRE VII. — Observations.	87
Conclusions	107

